Nr. 38. 20. września 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

H. SAWICKA i K. WIŚLAŃSKI, Lwów.
asyst. klin.

Zmiany we krwi chorych na raka macicy pod wpływem naświetlań energją promieniotwórczą.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu im. J. Kazimierza we Lwowie.

Entuzjazm, z jakim przed dwudziestu laty przyjęto wiadomość o leczeniu energją promieniotwórczą schorzeń ginekologicznych, pobudził cały szereg badaczy do szukania pewnych wytycznych, któreby pozwoliły na ocenę nowego środka leczniczego. Rozważając skutki, jakie leczenie energją promieniotwórczą wywiera na poszczególne narządy nie można było pominąć i narządów krwiotwórczych, gdyż obok miejscowego działania tu właśnie należało — się spodziewać — zmian największych, co mogło dać podstawę do wyciągania wniosków tak co do leczenia, jak i rokowania.

Pierwszy Heineke, badając działanie promieni Roentgena na narządy krwiotwórcze, zwrócił uwagę na niszczące działanie tychże na białe ciałka krwi.

Helber i Linser poddawali działaniu promieni Roentgena zwierzęta (szczury, króliki i psy) i zauważyli, że po pewnym czasie występowało u nich wyraźne zmniejszenie się liczby ciałek białych. Czy to zmniejszenie było wynikiem koncentracji ciałek białych w pewnym tylko narządzie i stąd powstawał brak ich w ogólnym krwiobiegu, czy też promienie Roentgena niszczyły te ciałka bądźto w pewnych narządach, jak śledziona, gruczoły chłonne i szpik kostny, bądź też w krwiobiegu — oto cel, który przyświecał doświadczeniom tych autorów.

Gdy jednak weźmiemy pod uwagę, że w doświadczeniach tych zmniejszała się przedewszystkiem ilość limfocytów, a następnie dopiero znikały formy wielojądrzaste, że zniszczeniu ulegały wpierw jądra komórek, wreszcie fakt, że ciałka białe znikały po wycięciu śledziony, musimy dojść do przekonania, że promienie Roentgena niszczą ciałka białe w krwiobiegu. Przemawiałaby zatem również i ta okoliczność, że promienie te ulegają przeważnie wchłanianiu już w głębokości kilku centymetrów.

Co do czerwonych ciałek krwi, to ulegają one zniszczeniu dopiero po dłuższem naświetlaniu, działanie więc promieni jest tu znacznie słabsze; podobnie zachowują się płytki Bizzozera i hemoglobina.

Prace innych autorów (Philipp, Krause), potwierdziły przypuszczenie, że zmiany i uszkodzenia krwi zwierząt naświetlanych mogą występować także u ludzi, zaczem przemawiałyby takie objawy jak: bóle głowy, bezsenność, wymioty, palpitacje serca i zaburzenia w trawieniu, występujące nietylko u ludzi naświetlanych w celach leczniczych, ale nawet po prześwietleniach rozpoznawczych. Objawy te — zdaniem autorów francuskich — występują dość często, a towarzyszą im nieraz zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i nerwu sympatycznego, u kobiet zaś zaburzenia w miesiączkowaniu.

Albers-Schönberg wykazał doświadczalnie, że działanie niszczące promieni Roentgena jest tak silne, że u świnek morskich i królików powoduje ono zupełne zniszczenie spermatozoów, co Philipp i autorowie amerykańscy wykazali też i u ludzi.

Badania Grawitza, v. Noordena, Meyera i innych wykazały, że o ile ciałka białe ulegają zmniejszeniu dość szybko i już po małych dawkach, to czerwone ciałka krwi są o wiele odporniejsze na działanie promieni, gdyż skutki działania niszczącego występują w nich dopiero po dużych, prawie śmiertelnych dawkach i towarzyszą im objawy zwyrodnienia jak anizocytoza i pojawianie się jąder.

Co się tyczy działania radjum, to badania Trebera i innych wykazują, że naświetlania mogą powodować zwiększenie się liczby ciałek białych doraźne. Zwiększenie to atoli jest tylko chwilowe, gdyż wnet potem przychodzi do szybkiego zmniejszania się liczby tych ciałek, a dotyczy to w pierwszym rzędzie limfocytów i eozynochłonnych. Znikanie ciałek białych według Trebera jest tem gwałtowniejsze, im większej użyliśmy dawki do naświetlań.

Ze względu na doniosłość, jaką odgrywają promienie Roentgena i radjum w leczeniu raka macicy należy wspomnieć o badaniach Bormanna w klinice berlińskiej. Zakładał on 100 mg. radjum do pochwy chorej na raka części pochwowej lub pochwy na przeciąg 24 godzin, a równocześnie poddawał te chore działaniu promieni Roentgena przez przeciąg kilku godzin. Wynikiem tego intenzywnego leczenia były częste przypadki silnej niedokrwistości, a badania krwi tych chorych wykazywały zmniejszenie się zawartości hemoglobiny, liczby ciałek białych i czerwonych, co bezsprzecznie było wynikiem niszczącego działania energji promieniotwórczej na cały ustrój.

Badania nasze nad zmianami we krwi pod wpływem naświetlania energją promieniotwórczą przeprowadziliśmy na materjale lwowskiej kliniki położniczo-ginekologicznej w przypadkach raka macicy.

Obejmują one ogółem 118 przypadków i dzielą się na dwie grupy:

A) Przypadki leczone wyłącznie promieniami Roentgena (92 chore);

B) Przypadki leczone energją promieniotwórczą Roentgana i radjum (26 chorych).

Grupę pierwszą czyli chore leczone wyłącznie promieniami Roentgena podzieliliśmy na cztery oddzielne grupy*), zaliczając do **grupy pierwszej**:

przypadki, które klinicznie nadawały się w zupełności do operacji (8 przyp.);

do **grupy drugiej**:

przypadki t. zw. graniczne, w których klinicznie można było stwierdzić pewne zmiany w przymaciczach, jednakowoż technicznie przypadki te nadawały się przynajmniej do operacji próbnej (10 przyp.);

do **grupy trzeciej**:

zaliczyliśmy chore, mające rozległe nacieki w przymaciczach i nieruchomą zupełnie macicę tak, że o operacji nie mogło być mowy (22 przyp.);

do **grupy czwartej**:

zaliczyliśmy przypadki zaniedbane. Były to chore, u których sprawa miejscowa była bardzo posuniętą, a stan ogólny przedstawiał obraz zupełnego wycieńczenia (52 przyp.).

Zmiany we krwi, jakie pod wpływem naświetlania mogliśmy stwierdzić u tych chorych, były następujące:

W przypadkach grupy **pierwszej** liczba czerwonych ciałek zwykle nie ulegała znaczniejszym zmianom. Zaledwie w jednym przypadku stwierdziliśmy niedokrwistość miernego stopnia. Co do ciałek białych to można było wykazać stałe zwiększanie się ich liczby prawie o 100%. Miało to miejsce zwykle zaraz po pierwszem naświetlaniu, a leukocytoza ta utrzymywała się przez cały czas leczenia, a nawet przez pewien czas po naświetlaniu. Zawartość hemoglobiny jako-

*) Zatrzymanie tego podziału uważaliśmy tem bardziej za wskazane, że badania nasze odnoszą się do materjału tego samego, który opracował Bocheński pod względem leczniczym a który on podzielił na owe 4 grupy Nieznaczne różnice, co do liczby przypadków poszczególnych grup, pochodzą stąd, że badania nasze odnoszą się również do przypadków naświetlanych po operacji, a których to przypadków Bocheński w pracy swej nie uwzględnia.

Przykłady. Gr. I. Przyp. 3.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
22 I	80	1·01	3,950.000	6.160	60	9	2	29	—	
30 I	78	1·—	3,900.000	6.220	62	8	3	26	—	
20 II	80	1·11	3,600.000	6.040	63	11	2	28	—	
2 III	80	1·03	3,870.000	11.760	60	10	3	27	1/3	1) Roentg.
4 III	75	0·96	3,890.000	11.650	63	10	3	24	—	3) »
7 III	80	1·—	3,980.000	10.340	64	9	4	23	—	6) »

też wskaźnik krwi nie wykazywały żadnych poważniejszych zmian, również i formy przejściowe. Limfocyty w większości przypadków zmniejszały się nieznacznie i to zależnie od poprawy miejscowej. Im bardziej sprawa miejscowa wykazywała polepszenie, tem spadek liczby limfocytów bywał szybszy i większy.

Gr. II. Przyp. 17.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
18 I	85	1·04	4,060.000	7.800	72	8	1	19	—	
26 I	80	1·—	3,990.000	13.660	70	6·5	1·5	20	I	
28 I	80	1·—	4,000.000	13.000	71	6	2	21	III	
31 I	75	0·9	4,100.000	14.280	71	7	4	18	VI	
4 II	80	1·—	3,980.000	15.000	69	8	3	20	X	
28 III	80	1·—	3,960.000	6.740	70	7	1	22	—	Nie krwawi stan dobry

W **drugiej** grupie przypadków stwierdzić można było na ogół podobne zmiany, jak i u chorych grupy **pierwszej**.

Odnosi się to głównie do tych chorych, tej grupy, których stan miejscowy ulegał znacznej poprawie. Liczba ciałek białych wykazywała zwiększenie się ich o 100% do 150%. W kilku przypadkach liczba ta pod koniec leczenia powiększyła się nawet dwukrotnie. Nadto można było wykazać zwiększenie się liczby ciałek eozynochłonnych, chociaż nieznaczne, i to, zaraz po pierwszem naświetlaniu. Eozynofilja ta utrzymywała się przez kilkanaście dni i opadała do normy, przeciętnie w czasie do 2 tygodni.

W przypadkach grupy **trzeciej** obrazy krwi wykazywały nieregularny spadek liczby ciałek czerwonych. Spadek ten nigdy nie był zbyt wielki, w kilku przypadkach równoległy do spadku ciałek białych i limfocytów. Zwykle dość wysokie liczby form przejściowych jednojądrzastych powiększały się nieznacznie zaraz po naświetlaniach. W kilku przypadkach widzieliśmy anizocytozę małego stopnia, która utrzymywała się zaledwie przez kilka dni, występująca zaś polychromazja utrzymywała się w czasie całego leczenia.

Gr. III. Przyp. 52.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
14 V	80	0·9	4,440.000	9.260	76	8	5	11	—	
16 V	75	0·96	3,900.000	7.700	74	10	8	8	I	Słaba anizocytoza
22 V	75	0·9	4,080.000		77	9	6	8	IV	
28 VI	75	0·94	3,970.000		77	11	6	6	—	
6 VIII	65	0·95	3,400.000		73	11	9	7	V	Polychromazja
30 IX	65	0·97	3,350.000		75	10	7	8	—	

Gr. IV. Przyp. 79.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
13 X	70	0·83	4,200.000	5.000	80	6	2	12	I	
17 X	70	0·88	3,960.000	6.400	81	6·5	1·5	10 + 1	IV	Pojkilocytoza Polychromazia
21 X	65	0·85	3,800.000	6.000	83	7	1	9		Anizocyt.
25 X	65	1·12	2,900.000	5.900	83	9	1	7		
20 XI	60	1·—	3,000.000	5.640	79	12·5	0·5	7		
14 XII 1923	60	1·11	2,680.000	5.200	81	11·5	0·5	7		† exitus 27. IV. 1924

W grupie **czwartej** obrazy krwi wykazywały powolny, lecz stały przyrost jednojądrzastych form przejściowych. Równocześnie zmniejszała się liczba ciałek białych i limfocytów. Również odsetek hemoglobiny zmniejszał się w miarę pogarszania się stanu ogólnego, przyczem równocześnie zmniejszała się wybitnie także liczba ciałek czerwonych. Nadto stale stwierdzano anizocytozę, pojkilocytozę i polychromazję.

Obrazy krwi przypadków leczonych naświetlaniami energji promieniotwórczej Roentgena i radjum w najogólniejszych zarysach nie różnią się od obrazów, jakie wykazywały przypadki naświetlane tylko prom. Roentgena, a które podaliśmy powyżej.

26 chorych tej grupy podzieliliśmy również na:

a) przypadki nadające się do operacji (18 przyp.) i

b) przypadki zaniedbane (8 przyp.).

W grupie a) badania krwi nie wykazywały wybitniejszych zmian w ciałkach czerwonych. Występująca po naświetlaniach radjum leukocytoza zmieniała się szybko w leukopenję, która nigdy jednak nie przekraczała zbyt niskich

wartości. Procent hemoglobiny, jakoteż wskaźnik również nie ulegały zmianom.

Gr. a) Przyp. 4.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen+Rad	Uwagi
25 III	70	0·93	3,750.000	10.680	73	10	6	13	—	
2 IV	70	0·88	3,960.000	12.500	73	9	6	12	I	Naświetl. Roentg.
15 IV	70	0·92	3,800.000	9.700	70	11	8	8	X	»
17 IV	75	0·97	3,830.000	15.500	78	11	7	7	I	Radjum 24 g
5 V	70	0·92	3,780.000	4.960	77	8	9	9	II	» 24 g } 50 mg
9 V	70	0·92	3,770.000	5.000	78	9	7	7	III	» 12 g }

Natomiast stale widzieliśmy powiększanie się liczby ciałek wielojądrzastych z równoczesnem zmniejszeniem się liczby limfocytów. Nie widzieliśmy również w tej grupie pojkilocytozy ani polychromazji, poza nieznaczną tylko anizocytozą i to z początkiem leczenia.

Gr. b) Przyp. 21.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen, Rad	Uwagi
17 II	65	0·91	3,550.000	6.800	79	8	3	10		Polychromiazja pojkilocyt. anizocyt.
20 II	60	0·93	3,210.000	7.000	80	9	3	8	I	Roent.
8 III	60	0·81	3,670.000	4.660	82	8	2	8	XII	»
16 III	65	1·07	3,010.000	7.800	78	10	4	8	I	Radjum 24 g
20 III	60	0·83	3,600.000	5.550	80	10	3	7	II	24 g } 50 mg
28 III	60	0·87	3,440.000	6.060	79	8	3	10	III	12 g }

Przypadki grupy **b)** charakteryzowały się niedokrwistością, która podczas leczenia stale się zwiększała. Podobnie jak w grupie czwartej wspomnianej poprzednio, widzimy u chorych spadek ciałek białych i limfocytów z równoczesnem zmniejszaniem się ilości hemoglobiny. Różnią się one może (od grupy czwartej) jedynie więcej nieregularnem powiększaniem się ciałek jednojądrzastych przejściowych. Często również występowała w tej grupie anizocytoza, pojkilocytoza i polichromazja, będąca wynikiem stale działających i niszczących czynników, jakimi może być z jednej strony bezwątpienia sama sprawa nowotworowa, a z drugiej prawdopodobnie i energja promieniotwórcza.

Co do przypadków, które blisko 4 lat po skończeniu leczenia, czy to energją promieniotwórczą Roentgena, czy też i radjum, nie wykazują nawrotu, czyli, że mogą być uważane za wyleczone, jakkolwiek nie upłynęło dotąd jeszcze 5 lat wymaganych przez W i n t e r a, to możnaby sądzić, że obrazy krwi tych chorych powinne być podobne do obrazów krwi ludzi zdrowych. Tego jednak w przypadkach naszych nie stwierdziliśmy. Tablica ostatnia poucza nas, że pomimo zupełnego cofnięcia się objawów miejscowych i pomimo stałego przyrostu wagi ciała, jakoteż poprawy stanu podmiotowego obrazy krwi nie odpowiadają tym, które widzimy u kobiet nie cierpiących na raka macicy. Przemawiałoby to albo za tem, że raz powstałe zmiany w ustroju a wywołane cierpieniem niszczącem cały ustrój nie cofają się już nigdy w zupełności, alboteż że są one wynikiem trwałego działania energji promieniotwórczej. M e n g e żąda przedłużenia czasu (do 7 lat) po skończonem leczeniu, aby chorą można uznać za wyleczoną, — może więc i czteroletni okres naszych spostrzeżeń jest jeszcze zbyt krótki, aby stosunki we krwi mogły powrócić do stanu prawidłowego. Wydaje się nam to atoli nieprawdopodobne.

Gr. b) Przyp. 5, 17, 33, 36, 60, 61.

L. p.	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen, Rad	Uwagi
5	80	0·92	4,310.000	5.780	62	10	6	22	—	
17	65	0·74	4,350.000	7.400	75	10	3	12	—	
33	75	1·02	3,670.000	12.500	71	13	5	11	—	
36	70	0·8	4,330.000	9.740	67	9	10	14	—	
60	75	0·96	3,900.000	10.000	72	10	8	10	—	
61	80	0·97	4,100.000	9.650	70	10	10	10	—	

W każdym razie badanie krwi jest ważnym środkiem pomocniczym w ocenianiu stanu chorej w chwili rozpoczęcia leczenia, a także i później w ciągu naświetlania, gdyż poucza nas o ewentualnej poprawie lub też braku tejże.

Piśmiennictwo:

1) A l b e r s - S c h ö n b e r g. Münch. med. Woch. 1903 Nr. 43. — 2) B o c h e ń s k i. Pol. Gaz. Lek. 1924 Nr 33. — 3) B o r m a n n. Archiv. f. Gyn. 111. — 4) F e l l n e r - N e u m a n n. Zentralbl. f. Gyn. 1906. — 5) H e i n e k e. Münch. med. Woch. 1904 Nr. 48, 51, 1909 18. 6) H e l b e r - L i n s e r. Münch. med. Woch. 1905. Nr. 15. — 7) T r e b e r. Strahlentherapie 1915 Nr. III.

Stanisław HIGIER (jun.). Warszawa.

Przyczynek do patogenezy ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteura.

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Kierownik: Prof. K. O r z e c h o w s k i.

Zagadnienie spraw zapalnych w rdzeniu podczas szczepień przeciw wściekliźnie, względnie po ich ukończeniu, należy do bardzo zawikłanych problematów patogenezy i kliniki. Mamy tu do czynienia niejako z równaniem o samych niewiadomemi.

Z jednej strony bowiem chodzi o obraz chorobowy ostrego zapalenia rdzenia (*myelitis acuta*), sprawy zupełnie nie przejrzystej i pod względem klasyfikacji patogenetycznej wyjątkowo upośledzonej; z drugiej znów strony operować jesteśmy zmuszeni momentami etjologicznemi hipotetycznemi, określając skalę szkodliwości zarazka, którego właściwie nie znamy i rozstrząsając mechanizm biologiczny leczenia, które uza-

sadnienie swe znajduje w analogjach, doświadczeniach i statystyce klinicznej, ale bynajmniej nie we współczesnej konsekwentnej teorji. Genjusz Pasteur'a, lawirując wśród znaków zapytania, ukuł niezwalczoną prawie broń dla lekarza-terapeuty, ale jednocześnie stworzył, czy może tylko ukazał nowe, nieprzewidziane trudności dla poznania całokształtu zagadnienia wścieklizny. Do tych trudności należy w pierwszym rzędzie zagadnienie spraw chorobowych, występujących podczas szczepień, spraw tyczących się głównie układu nerwowego ośrodkowego. Nic więc dziwnego, że przypadki z tej dziedziny, o ile tylko istnieje możność dokładniejszej ich obserwacji, skrupulatnie bywają opisywane i analizowane, stając się probierzem dla istniejących teoryj.

Dwa takie przypadki bardzo do siebie podobne i, jak sądzę, dość pouczające, obserwowane na klinice neurologicznej U. W. pragnę właśnie podać do wiadomości.

Przypadek I.:

J. K., oficer policji, lat 27, przybył na klinikę dn. 7. II. b. roku. Chory w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodził; zakażeniu kiłowemu nie uległ. Nie pali, pije tylko okolicznościowo.

Dnia 17. I. chory, bawiąc się z oswojonym wilkiem został przez niego nieznacznie ukąszony w prawą dłoń (draśnięcie na 3-cim palcu widoczne przez kilka dni). Wilk tegoż dnia okazywał znaczny niepokój, napady drgawkowe i t. p. i w ciągu 3-ch dni zdechł przy objawach wścieklizny. Badanie autopsyjne, wykonane w zakładzie Pasteurowskim w Warszawie stwierdziło pewną wściekliznę z obecnością ciałek Negri'ego. Wobec tego chory rozpoczął szczepienia t. zw. zmodyfikowaną metodą Pasteura (szczepionką niekarbolizowaną). Szczepień tych otrzymał od 22. I. do 5. II. ogółem 16 (pozostały do ukończenia leczenia 4 szczepienia). W trakcie tego, dn. 1. II. chory wybrał się na bal, gdzie dość dużo pił, całą noc tańczył i t. d. Nazajutrz dnia 2. II. chory czuł się nieswojo: silnie osłabiony, miał bóle w krzyżu, uczucie ziębnięcia. Samopoczucie pogarszało się z godziny na godzinę. Wystąpiła trudność w oddawaniu moczu i kału; wreszcie chory, cieszący się dotychczas naogół doskonałą potencją, nie mógł wykonać aktu płciowego wskutek niedostatecznej erekcji. Po 2-ch dniach zjawiły się bóle tępe, głębokie w plecach pomiędzy łopatkami a kością krzyżową, symetrycznie udzielające się na boki, ale nie przechodzące na przednią powierzchnię tułowia. Obok tego bóle w łydkach, dotkliwsze i trwalsze w lewej. Chodzenie zaczęło sprawiać choremu trudności: nogi jakgdyby »zawijały się« i zginały nadmiernie w kolanach. Zupełne zatrzymanie moczu i kału (aż do przybycia na klinikę chory nie oddawał moczu od pięćdziesięciu kilku godzin, a wypróżnień nie miał przez 3 doby). Ciepłota, mierzona w tym czasie regularnie raz tylko doszła do 38·5°. Bolów głowy ani wymiotów nie było. Nie krztusił się i nie kaszlał. Podniecenia ruchowego ani też znaczniejszego przygnębienia nie było. Sypiał źle, jak podaje z powodu bolów.

W tym stanie chory skierowany został na klinikę.

Przedmiotowo stwierdziliśmy tu co następuje:

Chory, wzrostu wysokiego, o typie nieco astenicznym, blady. Podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta. Badanie wewnętrznych narządów oprócz nieznacznej sprawy nieżytowej w lewym szczycie i nieco powiększonej śledziony, żadnych zmian chorobowych nie wykazało.

Czaszka prawidłowo wysklepiona, na opukiwanie niebolesna. W zakresie nn. czaszkowych zmian żadnych nie stwierdza się. Ślad sztywności karku; przy zginaniu karku do przodu bolesność na wysokości 6—8 kręgów piersiowych. Przy wymacywaniu wyrostów ościstych stwierdza się wybitną tkliwość 7 i 8 D. Obj. Kerniga nieobecny. Objaw szczytowy nieobecny.

W zakresie kk. górnych zmian żadnych niema.

Odruchy brzuszne lewostronne — wszystkie słabe; prawy górny b. słaby, środkowego i dolnego brak. Niedowładu mm. brzusznych nie stwierdza się, jednakże w pozycji stojącej (»na baczność!«) chorego zauważyć można przesunięcie pępka na lewo. Co się tyczy kk. dolnych, istnieje obustronnie lekki niedowład zgięcia i rozgięcia w biodrze, oraz ślad niedowładu w stawie kolanowym. Poza tem badanie siły mięśni kk. dolnych zmian nie wykazuje. Nieznaczne wzmożenie napięcia w stawie kolanowym, głównie przy rozginaniu. Odruchy kolanowe obustronne b. żywe, — pr. > l. Odruchy Achillesa żywe, równe czasami kloniczne. Obustronny odruch Babińskiego, Oppenheima po stronie lewej. W zakresie czucia — przeczulica na bodźce dotykowe w obrębie odcinków D8—D12, przeczulica na ból i zimno tylko na przedniej powierzchni tułowia D9—L1; niżej zaś, t. j. na skórze kk. dolnych rozlane osłabienie wszystkich rodzajów czucia powierzchniowego, wybitniejsze po stronie prawej. Czucie wibracyjne oraz ułożenia bez zmian. Brak objawów Lasegue'a i Fajersztajna. Obj. Romberga nieobecny. Odruchy obronne kk. dolnych homolateralne dają się wywołać z grzbietu stóp, ud i najdolniejszej części brzucha. Odruch rzyci słaby. Odruch żołędno-opuszkowy (*Genitalreflex*) obecny. Pęcherz nadmiernie wypuklony wysoko ponad spojeniem łonowem. Przy ucisku nań odczuwa chory wzmożenie parcia na mocz.

Przy nakłuciu lędźwiowem, dokonanem nazajutrz po przybyciu chorego do kliniki wypuszczono około 15 ccm płynu wodojasnego pod dość znacznem ciśnieniem, z prawidłową ilością białka; odczyn Nonne-Appelta ujemny: pleocytoza = 31 limfocytów. Odczyn Wassermana zarówno w płynie, jak krwi ujemny.

Stan chorego podczas pierwszego tygodnia pobytu w klinice zmienia się nieznacznie. Po podanej pierwszego dnia podskórnie pilokarpinie chory oddał mocz z pewną trudnością, ale stałym, wartkim strumieniem. Z powodu ponownego zatrzymania moczu nazajutrz zastrzyk pilokarpiny, po którym oddanie moczu było jeszcze łatwiejsze. Od tego czasu oddaje mocz samoistnie, początkowo z trudnością 1—2 razy dziennie, potem prawidłowo koło 4 razy na dobę. W zakresie oddawania kału po kilku bezskutecznych lawatywach udało się uzyskać wypróżnienie dopiero po zażyciu oleju rycynowego — pierwsze od 5-u dni. Poczem jednak znów wystąpiło zatrzymanie kału.

Bole w okolicy krzyżowej i w lewej łydce zmniejszają się z dnia na dzień; występują natomiast parestezje na prawym udzie.

Dn. 14. II. stwierdzono w porównaniu z poprzedniem następujące różnice:

Całkowity brak odruchów brzusznych obustronnie; odruchy obronne z kk. dolnych dają się wywołać tylko z grzbietowej powierzchni stóp; lekkie objawy oponowe utrzymują się, stają się może nawet wyraźniejsze; charakter zmian czucia na kk. dolnych zmienił się o tyle, że na kończynie prawej powstały miejsca zupełnego znieczulenia na ból i zimno o rozprzestrzenieniu korzonkowych (S_2), na lewej kończynie natomiast upośledzenie czucia zmniejszyło się.

Przeprowadzone w międzyczasie badanie krwi wykazało: Hb = 66. Ciałek czerwonych = 4.100.000; białych = 9000, z czego procentowo wielojądrzastych = 49%, limfocytów dużych = 12%, limfocytów małych = 37,5%, eozynochłonnych = 0.5%, przejściowych = 1%.

Po trzech tygodniach chory wypisuje się z bardzo znaczną poprawą.

Cały ten obraz kliniczny, zarówno pod względem zespołu objawowego, jak i sposobu powstania, zaliczyć wypada do ostrych, względnie podostrych zapaleń rdzenia z ograniczonem i niezbyt nasilonem zajęciem opon (*meningomyelitis acuta*). Z początku sprawa robi wrażenie dokładnie ograniczonej. Możemy ją umiejscowić na wysokości niższych odcinków piersiowych (D9 - D12) i może najgórniejszej części rdzenia lędźwiowego (znaczniejszy izolowany niedowład m. *psoas*). jednem słowem w miejscu dosyć typowem dla spraw zapalnych. Dziwnem nieco wydaje się natężenie i trwałość zmian w zakresie oddawania kału, moczu oraz płciowości przy stosunkowo słabym stopniu niedowładu kończyn, mogłoby to naprowadzić na przypuszczenie istnienia drugiego ogniska zapalnego w rdzeniu krzyżowym. Jednakże charakter zmian, skurcz zwieraczy, odczuwanie parcia, mikcja strumieniem, obecność bądź co bądź odruchu rzyci i żołędziowo-opuszkowego, przeczy takiemu usadowieniu, dając się wyjaśnić sprawami ograniczającemi się do rdzenia lędźwiowego. Dalszy przebieg choroby, a przedewszystkiem lekkie zatarcie pierwotnie dominującego typu paraparezy nie stoi w sprzeczności z uprzedniem rozpoznaniem i daje się wyjaśnić istotą spraw zapalnych według nowszych zapatrywań, które widzą w nich sprawy mniej lub bardziej wędrujące (*myelitis migrans* B i n g a).

Przechodząc do etjologji przypadku zaznaczyć trzeba, że wogóle w łagodnych postaciach ostrych zapaleń rdzenia często żadnej przyczyny zachorzenia nie można się doszukać. W naszym przypadku, przeciwnie, mamy zbieg czynników chorobotwórczych, które od pierwszej chwili w wywiadach rzucały się w oczy. Zakażenie wścieklizną, leczenie szczepionką i wreszcie zmęczenie fizyczne i alkoholizm w przeddzień wystąpienia choroby — oto one. Ostatni z tych momentów — przebalowana noc i jednorazowe nadużycie alkoholu — nie mogą być uznane same przez się za przyczynę dostateczną do wywołania tego rodzaju zapalenia rdzenia, które nazywamy zapaleniem rdzenia po przemęczeniu (*Ueberanstrengungsmyelitis* niemieckich autorów), natomiast muszą być zaliczone do czynników usposabiających, pomocniczych. W istocie rzeczy przyjąć trzeba, że stoimy tu wobec z a p a l e n i a r d z e n i a w t r a k c i e s z c z e p i e ń p r z e c i w w ś c i e k l i ź n i e, nie rozstrzygając chwilowo, w jakim stosunku sprawa ta znajduje się do zakażenia, a w jakim do leczenia szczepionkowego.

Przypadek II.:

Obserwowany latem 1924 r. tyczy się G. L. mężczyzny lat 52, ekspedytora.

Wywiady rodzinne i osobiste z okresu przed wybuchem obecnej choroby bez znaczenia. Systematyczne używanie alkoholu w niewielkiej ilości.

Dn. 18. V. został pokąsany w łydkę przez psa wściekłego (co stwierdzono anatomo-patologicznie w Instytucie Pasteurowskim w Warszawie). Wobec tego chory poddał się szczepieniu. Po 12 szczepieniach dn. 1. IV. uczuł bole w krzyżu i obu pachwinach oraz szybkie męczenie się przy chodzeniu. Już nazajutrz nogi osłabły mu w takim stopniu, że nie mógł bez pomocy chodzić; czuł poza tem ból w obydwu podeszwach ,większy w lewej i uczucie, że stąpa nie na własnych stopach Wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu i kału. Bolów głowy ani mdłości nie było. Ciepłota stale podgorączkowa.

Po przybyciu do kliniki stan chorego przedstawił się objektywnie jak następuje:

Budowy prawidłowej, wzrostu średniego, odżywienia dobrego. Źrenice równe, na światło i przystosowanie oddziaływują żywo. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, jednakże przy skrajnem spojrzeniu w prawo drobny oczopląs. Poza tem w zakresie nn. czaszkowych zmian nie stwierdza się; podobnie w obrębie kk. górnych.

Ściana brzuszna napina się dobrze; chory siada bez pomocy rąk. Odruchy brzuszne obecne.

W zakresie kk. dolnych niedowład prostowników stawów biodrowych znaczniejszy po stronie lewej, ślad niedowładu przywodzicieli i odwodzicieli ud obustronnie. Niedowład wyprostowania w kolanach, po stronie lewej > niż prawej, mniej zaznaczony niedowład zgięcia. Wreszcie obustronny mierny niedowład mięśni z zakresu n. strzałkowego. Odczynu zwyrodnienia nigdzie nie stwierdzono Odruchy kolanowe b. słabe, Achillesa żywe, równe. Odruchów podeszwowych brak; brak również Babińskiego i innych odruchów kurczowych. Bolesność uciskowa nn. udowego i strzałkowego lewego. Lasségue obustronny, wybitniejszy po stronie lewej.

Objawów sztywności karku i Kerniga nie stwierdza się.

Przeczulica dotykowa, począwszy od L. 1 w dół, obejmująca całą powierzchnię skóry kk. dolnych: przeczulica cieplna, głównie na zimno w tym samym zakresie: przeczulica na ból, rozpoczynająca się od środka ud (L. 3) i nasilająca się w kierunku odsiebnym (najsilniejsza na stopach).

Przy nakłuciu lędźwiowem otrzymano pod dość znacznem ciśnieniem płyn wodojasny. Pleocytoza (limfocytoza) = 53 c. b. w 1 mm^3. Nonne-Appelt ++ Białko obecne w ilości 0,12 ‰.

W ciągu pierwszego tygodnia pobytu w klinice stan chorego zmienia się nieznacznie. Mocz, oddawany początkowo tylko po zastrzykach pilokarpiny, zaczyna być oddawany przez chorego samoistnie. Oddawanie kału, jakkolwiek utrudnione, również przestaje rychło wymagać interwencji. Występuje niedowład prostowników palców stóp; po stronie lewej > niż prawej. Odruchy brzuszne po stronie lewej znikły zupełnie, znikł również prawy dolny. Odruchy kolanowe i Achillesa b. słabe. Zjawiły się zaburzenia czucia ułożenia w zakresie stopy palców k. d. lewej.

Po 2-ch tygodniach objawy cofają się, najwyraźniej w zakresie siły mięśni. Chód niemal prawidłowy. Pleocytoza mniejsza.

Po 3-ch tygodniach pobytu w klinice wypisuje się prawie zdrów.

W całym tym obrazie, jakkolwiek objawy zajęcia rdzenia również wybijają się na plan pierwszy (typ niedowładów i zaburzeń czucia, objawy pęcherzowo-odbytnicze, zaburzenia cz. ułożenia), mamy jednak poważne poszlaki, że sprawa przeszła na części bardziej obwodowe (objaw L a s s e g u e'a, osłabienie odruchów głębokich, bolesność nerwów), bądź tylko wewnątrz-oponowo (*myeloradiculitis*), bądź może nawet na nerwy obwodowe (*myeloneuritis*). Pleocytoza i bole w krzyżu przemawiają wreszcie za podrażnieniem opon. Co się tyczy umiejscowienia sprawy w rdzeniu, to z początku mamy jakgdyby zajęcie górnych odcinków lędźwiowych, potem występują objawy, tyczące się zarówno powyżej, jak i poniżej leżących odcinków rdzenia. Jednem słowem proces zapalny albo wędruje, albo też jest od początku kilkoogniskowy z tem, że w różnych ogniskach przebiega z niejednakowem natężeniem. Z czynników etjologicznych mamy tu do czynienia jedynie i tylko z ukąszeniem psa wściekłego i leczeniem szczepionką.

* * *

Dwa te przypadki ostrych, względnie podostrych zachorzeń rdzenia w przebiegu leczenia szczepionkowego przeciwko wściekliźnie nie należą do nadzwyczajnych rzadkości.

Sumaryczna statystyka Instytutów Pasteurowskich notuje do 250 przypadków ostrych zachorzeń układu nerwowego t. j. według K r a u s a 1 : 2000 szczepionych. Ponieważ jednak część tylko przypadków tych podlegała dokładniejszej obserwacji, piśmiennictwo neurologiczne, tematu tego tyczące się, jest istotnie dość ubogie zwłaszcza w zakresie prac o poważniejszym, nie ściśle kazuistycznym pokroju.

Starając się ująć syntetycznie dotychczasowe wiadomości o tych sprawach dochodzimy do następujących uogólnień:

1. Zachorzenia ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu szczepień występują zwykle w postaci procesów zapalnych, wzgl. zwyrodnieniowo-zapalnych ostrych i podostrych.

2. Sprawa rozpoczyna się zwykle jako proces umiejscowiony (w rdzeniu), jednak w swym dalszym rozwoju wykazuje często cechy procesu rozszerzającego się (zwykle w kierunku wstępującym), wędrującego lub kilkoogniskowego.

3. W ogromnej większości przypadków nie stwierdza się zaburzeń psychicznych i psycho-ruchowych.

4. Przebieg naogół jest łagodny, a rokowanie pomyślne wyrównanie zaburzeń następuje w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy; przypadki śmiertelne należą do wielkich rzadkości, przyczem część ich tłumaczy się przygodnemi powikłaniami (odleżyna, zapalenie płuc etc.).

5. Niemal patognomoniczne są zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, zjawiające się zwykle już w pierwszych dniach choroby.

6. Cierpienie rozpoczyna się zwykle pomiędzy 6, 7-em a przedostatniemi szczepieniami; wybuch cierpienia po ukończeniu szczepień należy do rzadkości (B o r g e r, K o c h), a podczas kilku pierwszych szczepień nie był spostrzegany zupełnie.

7. Istnieje kilka odrębnie przebiegających i umiejscowiających się postaci n. p.: porażenie wstępujące typu Landry, porażenia ograniczone obwodowe, wśród których wcale często jest porażenie nn. twarzowych, zapalenie rdzenia i nerwów obwodowych równoczesne i wreszcie *polyneuritis i poliomyelitis ant.* jako postacie wyjątkowe. Najczęstszą jednak postacią jest zapalenie rdzenia ograniczone z lekkiem, miejscowem podrażnieniem opon.

Do tej postaci należą nasze dwa przypadki i nią się właśnie szczegółowiej zajmiemy.

Istnieją trzy zasadnicze teorje, starające się wyjaśnić powstawanie ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteurowskich.

Jedna z nich widzi w zachorzeniu tem postać poronną, nietypową wścieklizny istotnej, (K o c h, H i g i e r sen.), druga — zatrucie organizmu (wzgl. zakażenie) przez zawarty w szczepionce »*virus fixe*« — jad swoisty (B a b e s, A l i v a s a t o s), trzecia wreszcie — działanie szkodliwe odczynu organizmu samego na wprowadzaną w szczepionkach obcą tkankę nerwową (M ü l l e r, P r i b r a m). Każda z tych teoryj posiada naturalnie szereg argumentów za i przeciw, które w związku z podanemi powyżej przypadkami rozpatrzymy.

Pierwsza teorja — poronnych postaci wścieklizny — opiera się przedewszystkiem na przypadkach zapaleń rdzenia ciężkich, o typie głównie porażenia wstępującego i odnajduje w nich właśnie ogniwo łączące pomiędzy śmiertelną *Lyssa humana* a łagodnemi postaciami zapaleń rdzenia. Zwolennicy jej wskazują również na analogję z innemi chorobami zakaźnemi n. p. ospą, w których szczepienia osłabiają nasilenie przebiegu sprawy, czyniąc ją dla organizmu mniej niebezpieczną. Wreszcie koncepcja ta powołuje się na stwierdzony klinicznie fakt, że żadna z osób, które przebyły ostre zapalenie rdzenia w trakcie szczepień nie ulegała potem, jak dotąd, wściekliźnie, nawet, gdy ilość szczepień zdawała się być niedostateczną do zabezpieczenia. Ten ostatni argument wydaje się nierzeczowym i to z dwojakiego punktu widzenia. Przedewszystkiem, gdyby nawet istotnie stwierdzona była bezwzględna odporność tej kategorji osobników na wściekliznę, świadczyłoby to bądź o łatwiejszem uodparnianiu się tych wrażliwszych ustrojów (już przy mniejszej ilości szczepień), bądź też o nabywaniu odporności w przebiegu zapaleń rdzenia poszczepionkowych, a bynajmniej nie koniecznie o przebytem cierpieniu w jego postaci poronnej. Powtórę z punktu widzenia statystyki mamy tu do czynienia z czemś wyjątkowem, co nie pozwala jeszcze na wysnuwanie wniosków uogólniających: jeżeli bowiem ilość zachorzeń na wściekliznę u pokąsanych a nie szczepionych wynosić ma 15%, jeżeli przyjąć dalej, że u szczepionych niedostatecznie liczba ta spaść winna tylko dziesięciokrotnie

(do 1,5%), jeżeli porównać to z odsetkiem zachorzeń rdzenia w przebiegu szczepień, równających się 0,05% szczepionych, to odsetek możliwości wybuchu wścieklizny u osób, które przebyły zapalenie rdzenia szczepionkowe przedstawia się jako 0,00075%, czyli mógł się w dotychczasowej, stosunkowo młodej, praktyce szczepień nie zdarzyć, mimo, iż w zasadzie jest możliwy.

Przeciwko tej teorji przemawiają wogóle i w szczególności w stosunku do naszych przypadków następujące przesłanki:

1. Zbyt krótki okres inkubacyjny. Wylęganie wścieklizny ludzkiej trwa zwykle od 5-ciu tygodni do 3-ch miesięcy. Inkubacja krótsza niż dni 20 należy do rzadkości[1]), a krótsza niż dwa tygodnie zaledwie trzy razy była notowana. Tymczasem lwia część zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień zjawia się przed 3-ma tygodniami od chwili możliwego zakażenia, a istnieją w piśmiennictwie przypadki, gdzie choroba rozpoczynała się już w tydzień po zakażeniu (Orłowski, Gonzalez). Nie jest to naturalnie regułą; w każdym razie nie zawadzi przypomnieć że w pierwszym z opisanych naszych przypadków pierwsze objawy chorobowe wystąpiły 13 dni po zakażeniu, w drugim w dni 12.

2. Brak miejscowego odczynu zapalnego skóry. We wszystkich niemal przypadkach wścieklizny ludzkiej odczyn taki się zjawia, zwykle jeszcze przed wystąpieniem objawów ogólnych ze strony układu nerwowego. W ogromnej natomiast większości zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień, włącznie z omawianemi 2-ma przypadkami, odczynu zapalnego skóry w miejscu ukąszenia nie było ani przed, ani podczas wybuchu choroby rdzenia.

3. Brak odczynu zapalnego ze strony najbliżej miejsca zachorzenia leżących gałązek nerwowych obwodowych. Odczyn ten występuje w przebiegu wścieklizny ludzkiej prawie zawsze; dało to przecież nawet pochop do przypuszczeń że jad zarazka wścieklizny przenosi się z miejsca zakażenia do rdzenia, podobnie jak jad tężca drogą nerwów obwodowych. W większości zapaleń rdzenia podczas szczepień, jak również i w naszych przypadkach, a w szczególności w pierwszym, miejscowego zapalenia nerwów brak było z pewnością.

4. Umiejscawianie się sprawy rdzeniowej na wysokości zgoła innej, niż odcinek odpowiadający ukąszeniu. Ten argument tworzy jedną całość z poprzednim. Jaskrawą jego ilustracją może być nasz pierwszy przypadek, gdzie ukąszeniu uległa prawa kończyna górna, a proces zapalny umiejscowił się zaraz z początku w dolnych odcinkach piersiowych i górnych lędźwiowych.

5. Brak wszelkich typowych objawów cielesnych i psychicznych wścieklizny ludzkiej; prawie że nie spotykamy w piśmiennictwie zapaleń rdzenia podczas szczepień ani przeczulicy zmysłowej ani kurczów mięśniowych, ani niepokoju ruchowego, ani wodowstrętu (wyjątek stanowi jednak przypadek Chnylewskiego i prawdopodobnie jeden Borgera), ani ciągotki. W naszych przypadkach mamy, przeciwnie, zamiast podniecenia — depresję, łatwo tłumaczącą się sytuacją chorobową. Nie mniej uderzającem jest, że zamiast ciągotki spotykamy brak wzwodu.

6. Brak odpowiednich zmian anatomo-patologicznych w większości przypadków sekcyjnie badanych zwłok ludzi i zwierząt, których śmierć nastąpiła w przebiegu poszczepionkowych zapaleń rdzenia. Ponieważ niema dotychczas zgody wśród histopatologów, jakie zmiany uważać należy za bezwzględnie swoiste dla wścieklizny, sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. W większości autopsyj brak jest wszelkich analogij z obrazem wścieklizny (Kowezalow, Mironescu). w niektórych występują twory nacieczeniowe, jakoby podobne czy identyczne z t. zw. *nodules rabiques* v. Gehuchtena (Koch); ani razu natomiast nie stwierdzono dotychczas obecności »ciałek Negri'ego«.

7. Niemożność prawie wywołania wścieklizny[2]) u zwierząt szczepionych podoponowo tkanką nerwową ludzi i zwierząt, zmarłych w przebiegu zapalenia rdzenia poszczepionkowego. Natomiast przy szczepieniu substacją nerwową zmarłych na wściekliznę prawdziwą udaje się przynajmniej w połowie przypadków wywołać wściekliznę pracownianą, a nawet serją przeszczepień dojść do działania zbliżonego do *»virus fixe«*. Argument ten, przyznać trzeba, nie opiera się na podstawie niewzruszonej: uznając bowiem istnienie postaci poronnych wścieklizny, przyjąć musimy również i możliwość osłabiania zarazka, aż do nieszkodliwości przeszczepiań włącznie.

8. Istnienie ostrych zapaleń ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu szczepień u osób, mylnie zakwalifikowanych jako pokąsane przez wściekłe zwierzęta, a także w przebiegu szczepień profilaktycznych (Borger, Papamarku, Simon, Tonni).

Zestawiając powyższe przesłanki, możemy wyciągnąć wniosek, że, jakkolwiek istnienie nietypowych postaci wścieklizny ostatecznie wykluczyć się nie daje, to jednak ogromna większość przypadków zapaleń rdzenia podczas szczepień niema z pewnością nic z wścieklizną wspólnego i że nasze dwa przypadki z punktu widzenia teorji wścieklizny poronnej wyjaśnić się nie dadzą.

Druga z kolei koncepcja, że zachorzenia ośrodkowego układu nerwowego podczas szczepień są pochodzenia toksycznego, wskutek działania szczepionego *»virus fixe«*, posiada o wiele więcej podstaw niż pierwsza. Uzależniając sprawę chorobową od szczepień, teorja ta obejmuje tem samem, przypadki, powstałe w przebiegu szczepień zapobiegawczych i leczniczych, stosowanych u osobników niezakażonych. Przeciwko niej przemawiają jednak:

1. Brak odczynów zapalnych miejscowych, tym razem oczekiwanych w miejscu szczepień, a nie, jak poprzednio, w miejscu ukąszenia. Tak n. p. w pierwszym z naszych przypadków żadnych zmian zapalnych — na skórze brzucha z pewnością nie było.

2. Względna niezależność zachorzenia od ilości uprzednich szczepień. Gdyby istotnie *»virus fixe«* miał powodować sprawę zapalną w rdzeniu, najwięcej spodziewać należałoby się tych spraw po ostatniem szczepieniu t. j. po wprowadzeniu stosunkowo największej ilości *»virus fixe«*« do ustroju mniej podczas ostatnich szczepień i t. d. Tymczasem, jak powyżej zaznaczono, *myelity* powstają najczęściej w drugiej połowie szczepień, a bynajmniej nie po ukończeniu leczenia szczepionkowego.

3. Nieszkodliwość świeżego *»virus fixe«*, wprowadzonego w bardzo dużych ilościach, ale jednorazowo pod skórę małpom (Proescher).

Mimo te wszystkie fakty, wiele przypadków zapalenia rdzenia obrazem swym i przebiegiem nie stoi w sprzeczności z tą teorją. Czy i w jakim stopniu ma ona słuszność, wykazać będą w stanie dalsze, dokładniejsze badania nad przeszczepianiem *»virus fixe«* i jego »odjadowieniem« (Bujwid).

Trzecia i stosunkowo najpóźniej powstała teorja o wytwarzaniu się w ustroju szczepionym cytolizyn, atakujących tkankę nerwową, przedewszystkiem ośrodków, opiera się głównie na przypadkach zapalenia rdzenia w przebiegu szczepień zapobiegawczych i zbytecznie stosowanych. W szeregu doświadczeń pracownianych okazało się, że po szczepieniu zwierząt obcą tkanką nerwową, nawet zdrową, powstają zapalenia ośrodkowego układu nerwowego o podobnej postaci i przebiegu, jak zapalenia podczas szczepień Pasteurowskich (Joannovics, Schweinburg). Jednocześnie stwierdzono że surowica zwierząt w ten sposób traktowanych posiada względem tkanki nerwowej wprowadzanej własności cytolityczne, dające się wykazać *in vitro*. Zjawisko to ma być jednym z przykładów wytwarzania się we krwi t. zw. zaczynów obronnych (Abderhaldena), rozkładających wprowadzaną substancję. Jak zwykle przytem zaczyn taki może wykazywać powinowactwo nie tylko względem wprowadzanego antygenu n. p. tkanki nerwowej króliczej — ale i w stosunku do pokrewnych, w tym wypadku — substancji nerwowej szczepionego osobnika. Nic więc dziwnego, że nie spotykamy się tutaj z miejscowym odczynem zapalnym (w miejscu szczepienia); odczyn tu jest ogólny i atakuje tkankę nerwową ośrodkową na drodze humoralnej, prawdo-

[1]) Szczególnie przy obwodowej lokalizacji miejsca zakażenia (ukąszenia) n. p. na palcach, kończynach dolnych i t. p.

[2]) Kilkakrotnie udało się tylko wywołać obraz zachorzenia ośrodkowego również nieswoistego, raz jeden obraz *Lyssae consumptivae* (Paltauf).

podobnie w »*locus minoris resistentiae*«. Zrozumiałą również staje się okoliczność, że sprawa zapalna zjawia się nie w zależności od ilości szczepień, względnie od wprowadzonego »*virus fixe*«, ale od chwili »wstrząsu« humoralnego, mogącego tak samo dobrze powstać w początkach, w środku, jak i w końcu leczenia szczepionkowego.

Za koncepcją tą przemawia jeszcze fakt, że szczepienia metodą Högyesa, przy której wprowadzamy przynajmniej równą ilość jadu (Nitsch), ale znacznie mniej obcej tkanki nerwowej (prawie 14 razy mniej niż przy »silniejszej«, a 6 razy mniej, niż przy »słabszej« metodzie Pasteura) nie dają prawie zupełnie zachorzeń rdzeniowych.

Przeciwko tej teorji mogą być wysunięte następujące zarzuty:

1. Względna rzadkość zachorzenia. Wytwarzanie się cytolizyn wydaje się właściwością powszechną, mało zależną od odporności osobniczej. Zachodzi tedy pytanie, dlaczego procesy zapalne w rdzeniu zdarzają się w tak znikomej ilości przypadków i dlaczego u pewnych tylko i tych właśnie osobników? Dokładniejsze zbadanie szczepionego materjału (Karłowski) przeczy atoli temu argumentowi. Według statystyki Wiedeńskiego Instytutu Pasteurowskiego (Schweinburg) okazuje się, że na 2000 szczepionych połowa tylko nie wykazuje żadnych zaburzeń w przebiegu szczepień; natomiast u 200 stwierdzić można było nawet jednocześnie parestezje, utrudnienie chodzenia, trudności w oddawaniu moczu i t. d.; u 40 zaś, poważniejsze, niewątpliwie organiczne objawy, dające się wykazać przedmiotowo. Jednem słowem zaatakowanie układu nerwowego podczas szczepień nie jest bynajmniej tak rzadkie, jak to do niedawna przypuszczano; rzadkie są jedynie przypadki o znaczniejszem nasileniu i dłuższem trwaniu, przypadki, gdy chory zmuszony jest zwracać się o poradę lekarską ($^1/_2$ ‰).

2. Wielka rzadkość zachorzenia po szczepieniach zapobiegawczych u ludzi. Fakt ten jest tem bardziej uderzający, że po szczepieniach leczniczych zbytecznych, t. j. u osobników z pewnością, jak się *ex-post* okazało, nie zakażonych, myelity zdarzają się już częściej! Jest to jednak dowód, przemawiający raczej za koncepcją patogenezy cytolitycznej, niż przeciwko niej. Przy szczepieniach zapobiegawczych wprowadza się bowiem zwykle mniej substancji nerwowej, aniżeli przy leczniczych.

3. Trzecim argumentem przeciwko teorji cytolizyn mają być doświadczenia pracowniane, w których surowicę zwierząt myelitycznych, a więc surowicę z zaczynem neurolitycznym, wstrzykiwano podoponowo innym zwierzętom bez żadnego efektu (Alivasatos). Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że, przedewszystkiem wprowadzamy tu cytolizynę cudzą, że wprowadzamy ją jednorazowo i to zupełnie inną drogą (nie krążenia krwi), niż w ustroju szczepionych — różnica w działaniu cytolitycznem stanie się zrozumiała. Wreszcie winniśmy zwrócić uwagę na czynniki usposabiające, osłabiające tkankę nerwową w całości lub częściowo i w ten sposób przygotowujące ją do zaatakowania przez cytolizyny. W połowie niemal opisanych dotychczas przypadków zapalenia rdzenia podczas szczepień momenty takie dadzą się odnaleść. Mogą to być zakażenia uboczne: n. p. nieżyty pneumokokkowe (Orłowski), rzeżączka (Sterling), alkoholizm (w przypadku polyneuritis, wspomnianym przez Orzechowskiego w dyskusji w Tow. Lek. Warsz.).

W naszym pierwszym przypadku mamy zmęczenie całonocnym tańcem i alkoholizm jako takie właśnie czynniki uboczne. Znaczenie czynnika usposabiającego względem neurolizyn stwierdzone zostało również i doświadczalnie: zastrzykując dootrzewnowo zawiesinę tkanki mózgowej szczurom, opukiwanym przedtem po czaszce; wywołano u nich obraz ostrego zachorzenia układu nerwowego (mnogie ogniska rozmiękczynowe i zwyrodnienie rdzenia zstępujące). Zwierzęta kontrolne, pomimo równych ilości wstrzykniętej zawiesiny pozostały zdrowe (Jannovics).

Ujmując syntetycznie wszystkie za — i przeciw przytoczonych trzech koncepcyj powstawania ostrych zapaleń rdzenia podczas szczepień, przyznać należy, że teorja cytolizyn najbardziej wydaje się uzasadniona zarówno pod względem doświadczalnym, jak i klinicznym. W każdym razie w stosunku do naszych 2-ch przypadków daje się ona zastosować z całkowitem prawdopodobieństwem. Czy wszystkie ze znanych postaci zachorzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego podczas szczepień posiadają tę samą patogenezę, czy również, co zatem idzie, wszyskie opisane dotychczas przypadki dałyby się wyjaśnić li tylko odczynem cytolicznym, pozostaje jednak kwestją otwartą.

Zaklasyfikowanie etjologiczne posiada tu znaczenie nietylko czysto teoretyczne: oprzeć się na niem winno zarówno rokowanie, jak i leczenie, jak wreszcie i zapobieganie. Na ten temat właśnie toczy się ostatnio dyskusja, mająca na celu ujednostajnienie systemów szczepienia we wszystkich instytutach Pasteurowskich i wybrania z systemów tych takiego, który daje najmniejszy odsetek ostrych zapaleń rdzenia n. p. metody Högyesa (Kraus).

Należy mieć nadzieję, że akcja ta doprowadzi do pożądanych wyników i że przypadki ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień przejdą do historji.

Na zakończenie niech mi będzie wolno podziękować na tem miejscu p. dr. Z. Karłowskiemu, kierownikowi Instytutu Pasteurowskiego w Warszawie za cenne wskazówki i informacje z zakresu techniki i statystyki szczepień.

Piśmiennictwo:

1) Babes: C. rend. d. l. Soc. d. Biol. LXVI. — 2) Babes: Ueber Wuttoxine. — 3) Babes: Traité de la rage 1912. 4) Babes i Mironescu: La paralysie ascendente mortelle (cit.) — 5) Borger: Geneeskundig Tijdschrift 1911 (cit.) — 6) V. Gehuchten i Nelis: Les lesions rabiques. — 7) Goldberg i Oczesalski: Wien. Klin. Woch. 1913 — 48 (cit.) — 8) Higier H.: Med. i kron. lek. 1912 — 40. — 9) Högyes: Lyssa Nothnagels Spez. Pathol. u. Therap. — 10) Hudovernig: Neurol. Cutibl. 1912-34 (cit.). — 11) Joannovics: W. Klin. Woch. 1920. — 12) Jochman: Dtsch. Ztschr. f. Nerv. XLVII. 13) Jochwedes: Warsz. Czas. Lek. 1924-11. — 14) Koch J.: Ztschr. f. Hygien. 1909. — 15) Koch: Ztschr. f. Hyg. 1911. — 16) Lewandowsky Handbuch — rozdz. Lyssa — 17) Nitsch: Szczepionki i surowice. 1923. — 18) Nitsch: Bemerkung. üb. d. Pasteursche Methode. — 19) Novi i Poppi: Bull. d. scienze med. di Bologna (cit.). — 20) Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten (rodz. Lyssa). — 21) Palmirski i Karłowski: Wodowstręt u ludzi 1911. — 22) Papamarku: Ztschr. f. Hygiene 1918. — 23) Paltauf: Wien. Klin. Woch 1909 (cit) 24) Pfeilschmiedt: Z. Kenntnis d. Erkrank. d. Nervensystems b. Wutschutzimpfungen. Neurol. Zentr. — 25) Remlinger: Ann. Instit. Pasteur 19. — 26) Rochaix i Durand: Arch. d. med. experim. XXVII. — 27) Rochaix i Durand: C. rend. d. l. Soc. d. l. Biol. 79 (cit.). — 28) Simon: Ueber Lähmungen im Verlauf d. Tollwutschutzimpf. 1913. — 29) Sterling: Ztsch. f. d. ges. 1913. — 30) Krauss: Wien. Klin. Woch. 1923-27. — 31) Schweinburg: Bericht üb. d. tät. Seuchebekämpfung 1924-5/6. — 32) Pfeiffer: Klin. Beitr. 1917. IV. — 33) Bujwid: Zmiana obecnie stosowanej metody leczniczo-ochronnej p. wodowstrętowi.

Z praktyki.

Dr. Henryk HIGIER. Warszawa.

Z przebiegu podzwrotnikowej czyli złośliwej zimnicy mózgowej (*Meningoencephalitis malariae haemorrhagica* *).

Zimnica jest, jak wiadomo, jedną z tych chorób zakaźnych, która posiada swoiste powinowactwo do układu nerwowego, względnie najczęściej dotyka ona nerwów obwodowych, cosię klinicznie przejawia bądź w postaci nerwobolów napadowych — przeważnie w obrębie nerwów nadoczodołowych, potylicznych i kulszowego — lub w postaci cięższego i stalszego zapalenia nerwów pojedynczych (*Mononeuritis*) i mnogich (*Polyneuritis*).

Rzadziej tory rdzeniowe stają się ofiarą jadu zimniczego w formie przemijających i okresowych niedowładów kończyn lub stałych porażeń spastycznych i wiotkich, naśladujących klinicznie i anatomo-patologicznie stwardnienie wieloogniskowe, rozsiane zapalenie rdzenia i myelopatje pęcz-

*) Według odczytu w Warsz. Tow. Neurol. z dnia 22 listopada 1924.

kowe, t. zw. skombinowane zachorzenie zakładowe pęczków tylnych i bocznych.

Najbardziej zdarzają się powikłania nerwowe ze strony mózgu. Występują one przeważnie w ciężkich formach zimnicy, złośliwej i podzwrotnikowej, która bakterjologicznie daje się poznać przez półksiężycowe pasorzyty we krwi. Dokładne studja nad tą odmianą zawdzięczamy dopiero ostatniemu dziesięcioleciu, bogatemu w doświadczenie z wschodnich i południowych frontów wojny wszechświatowej, aczkolwiek pojedyncze spostrzeżenia nie obce są i dawnemu piśmiennictwu neurologiczno-psychjatrycznemu (Griesinger 1872, Bardellini 1898, Cardamitis 1901, Luzatto 1904, Pausias 1901, Janssza 1903.

W malarji mózgowej spotykamy również dwa powyższe typy choroby. Objawy patologiczne — zarówno ogólnomózgowe jak zespoły ogniskowe — zjawiają się i znikają z poszczególnym napadem malarji np. hemiplegja, afazja, ataksja Boisseau, Laforguzo, Bodenwaldt, Griesinger) lub też rozwijają się na glebie ciężkiej przewlekłej zimnicy, pozostają stałemi i niezależnemi od typu i częstości paroksyzmu (porażenie poprzeczne, padaczka, psychozy).

Według E. Strausa[1]) znajdujemy następujące ustosunkowanie objawów nerwowych i umysłowych do poszczególnych napadów gorączkowych. Objawy chorobowe mogą się zjawiać:

a) jednocześnie z napadem,
b) bezpośrednio po gorączce,
c) zamiast napadu. Oraz mogą też:
d) wraz z napadem znikać,
e) przetrwać go czas pewien,
f) jako stały objaw ubytkowy pozostać. One mogą również :
g) występować z pierwszym ciężkim napadem gorączki, jak to się widzi nierzadko w śpiączce zimniczej,
h) ujawniać się po kilkakrotnych napadach gorączki,
i) zamanifestować swoją obecność z nawrotem zimnicy lub obostrzeniem,
k) towarzyszyć jednemu lub kilku powrotnym napadom. Wreszcie mogą:
l) rozwijać się podczas śpiączki głębokiej lub przy zupełnie zachowanej świadomości.

Co rozpoznanie utrudniać może, to okoliczność, że właśnie zimnica mózgowa występować zwykła w przypadkach, które nie uderzają ani typowym przebiegiem ani zbyt wysoką gorączką ani się odznaczają charakterystycznem obrzmieniem śledziony.

W tego rodzaju wątpliwych przypadkach może i musi nb. przy zupełnie przekonywujących wywiadach — jedynie wielokrotne badania krwi na plazmodje i mononukleozę decydować o rozpoznaniu.

Symptomatologja malarji mózgu jest wielce urozmaicona. Względnie rzadkie są z jednej strony t. zw. *Cornea cerebri algidum*, błyskawicznie w ciągu kilku godzin prowadzące do śmierci, z drugiej wybitnie przewlekła przebiegająca psychoza malaryjna. Do reguły należą te przypadki, gdzie obok objawów ogólnych, jak śpiączka i halucynacje, są obecne objawy ogniskowe i rozlane, ruchowe i czuciowe, stany podniecenne i porażenne o lokalizacji oponowej i korowej, móżdżkowej i opuszkowej.

Przypadek, który opisać zamierzam, posiada pewne, rzadko notowane właściwości, stanowiąc w naszym klimacie poniekąd unikat pod względem klinicznym i bakterjologicznym.

W listopadzie wezwany zostałem konsultacyjnie do 27-letniego kupca, który przed 12-tu godzinami w nocy prawie nagle z głębokiego snu się obudził z silnym bolem głowy, zawrotem i nudnościami i w ciągu kilkunastominutowego niepokoju ruchowego, połączonego z bredzeniem, stracił przytomność.

Anamnestycznie dało się stwierdzić, że zawsze zdrowy i z rodziny zdrowej pochodzący osobnik jest od $1^1/_2$ roku żonaty, że ma zdrowego pół rocznego chłopczyka, że w ostatnich miesiącach miał tu i ówdzie dreszczyki, gorączkę i poty, co mu atoli rzadko przeszkadzało — przez czas krótki — w pełnieniu obowiązków służbowych. Gorączka rzadko dosięgała 38°. Ordynujący lekarze podejrzywali tu przewlekłą grypę, to ukrytą gruźlicę wierzchołkową, to zimnicę nietypową, to zapalenia wsierdzia.

Kilkakrotnie powtarzane badanie krwi, plwociny i moczu nie odkryły nic pozytywnego, zwłaszcza, co dotyczy zapalenia nerek, gruźlicy, kiły, zimnicy, również leczenie metodami swoistemi — rtęcią, salicylem, chininą i sinkiem metylowym — nie zostało nwieńczone pożądanym skutkiem.

Ostatnie kilkanaście dni przed obecną chorobą czuł się chory względnie dobrze, spędził ostatni wieczór w gronie kolegów przy grze w karty, podczas której spożywał dość skromną wieczerzę.

Nigdy w wojsku nie służył, miasto rodzinne Warszawę opuszczał wyjątkowo na kilka godzin, nie nadużywał trunków i tytoniu, nie cierpiał nigdy na migrenę i drgawki.

Jak mnie informowało otoczenie, uderzała w pierwszych godzinach ostrej choroby skłonność do wymiotów, w późniejszych ciągłe drgawki padaczkowate.

Badanie kliniczne stwierdziło co następuje. Mężczyzna dobrze odżywiony. Tętno 104, miarowe, napięte. Ciepłota 37.8. Oddech ledwie przyśpieszony. Nie daje się rozbudzić z śpiączki głębokiej.

Serce i płuca prawidłowe. Brzuch nie wzdęty. Śledziona i wątroba wyczuwalne.

Lekka sztywność karku. Przy silnem nachyleniu głowy rozszerzają się przemijająco źrenice, równe i leniwie na światło oddziaływujące.

Napady padaczkowe skurczów tonicznych we wszystkich kończynach, zwłaszcza dolnych. Odruchy ścięgnowe patologicznie niewzmożone. Obustronny stopopląs, Babiński, Rossolimo i Mendel-Bechterew. Porażeń niema. Oczopląs nieobecny. Dno oka prawidłowe.

Mocz stężony, ciemny, mętny. Ciężar gatunkowy 1026, $^1/_4$‰ białka, bez cukru, dużo indoksylu i kwasu moczowego, brak elementów morfologicznych.

Nakłucie lędźwiowe wykryło płyn krwawy, wyciekający pod ciśnieniem nieco wzmożonem. 2‰ białka. Nonne-Apelt ++. Przy odstawaniu półgodzinnem na dnie probówki czerwony krwawy osad, nad którym płyn przeźroczysty, mocno czerwono zabarwiony (*xanthochromia*). Barwiony preparat wykazuje 15% limfocytów, 1% monocytów i 84% neutrofilów, przyczem w 1 sz. mm. znajduje się około 600 białych ciałek. Bakterjologicznie nie stwierdziło się ani meningo- i pneumokoków ani też prątków gruźliczych Kocha.

Rozpoznanie pozostało dość niejasne zarówno w 1-ym jak 2-gim dniu choroby, gdy ciepłota podskoczyła nieco, przekraczając 39°, a drgawki toniczne prawie bez przerwy się powtarzały i śpiączka stawała się coraz głębszą.

Dla kiły, gruźlicy i zapalenia wsierdzia, które podejrzywano w ostatnich miesiącach, znalazło się coraz mniej danych.

Mocznica u młodego człowieka, który nigdy nic nerkowego nie przechodził i nie przejawiał, była mało prawdopodobną, $^1/_4$‰ białkomoczu mogła iść na karb nagłej gorączki i ostrego udaru.

O pospolitym *status epilepticus* nie było poważnie mowy u chorego dotąd nie dotkniętego padaczką; zwłaszcza świadczyły przeciw temu lekka sztywność karku, stale toniczny charakter napadów, zachowanie źrenic niezbyt szerokie, obustronny stopopląs.

Dla botulizmu lub innego ostrego otrucia pokarmowego brakło zupełnie danych wywiadowczych, tembardziej, że nikt ze spożywających w rodzinie ostatnią kolację nie zachorował.

Wobec swoistego płynu mózgowordzeniowego uważałem za najbardziej prawdopodobne rozpoznanie, dodam, że rozpoznanie to wypowiedziałem jeszcze przed dokonaniem nakłucia lędźwiowego — t. zw. samoistnego krwotoku podpajęczynówkowego, tej dosyć niezwykłej postaci *Leptomeningitis haemorrhagica*, którą w Warszawie spotykaliśmy w ostatnich latach względnie nierzadko, zwłaszcza w wieku męskim i młodzieńczym (Flatau, Goldflam), w przeciwieństwie do częstej *Pachymeningitis haemorrhagica v. Haematoma durae* starców, alkoholików i paralityków.

Osad krwawy bez tworzenia zgęstka, ksantochromiczne zabarwienie płynu, jałowy charakter tegoż, nieznaczny *opisthotonus*, odczyn midjatyczny źrenic — wszystko to zdawało się zatem przemawiać. Dodać wprawdzie należy, że diagnoza samoistnego, pierwotnego krwotoku podpajęczynówkowego stanowiła w istocie i stanowić będzie zawsze diagnozę *per exclusionem*, póki się lepszej nie posiada a czynnika etjologicznego bliżej nie zna.

Gdy się stan ogólny i 3-go dnia nie poprawił, utrata przytomności stała się coraz głębszą, mimo, iż drgawki i przykurczenia ustawały, a odruchy ścięgnowe i skórne powoli słabły i znikały, postanowiłem, licząc się z wzmagającem się ciśnieniem wewnątrz-czaszkowem dokonać powtórnego obfitego nakłucia, aby się jednocześnie przekonać o zabarwieniu płynu, o hemolitycznych własnościach i ewentualnej zawartości plazmodji, tembardziej, że się przyłączyło rozległe prawostronne zapalenie płuc charakteru krupowego, które ani jako opadowe, ani też jako zachłystowe lub odoskrzelowe nie imponowało.

[1]) F. Wohlwill i E. Straus. Nichteitrige Entzündungen d. Zentralnervensystems. Podręcznik Kraus-Brugscha.

Płyn okazał się mocno krwawym, mętnym, o ciśnieniu wysokiem, odczyn Wassermanna w płynie +++, a po odwirowaniu go i barwieniu według Giemsy udało się metodą grubej kropli w wysuszonym preparacie pod imersją stwierdzić (kol. Anigstein[2]) obecność *Plasmodium falciparum tropicum* w stadjum pierścieniowem: młody pierścień w czerwonym ciałku krwi, cienka warstwa protoplazmy, dwa obok siebie ułożone ciałka chromatynowe.

Odczyn Wassermanna w krwotocznym płynie chorego, nie podejrzewanego o kiłę i obecność plazmodjów wystarczały zupełnie do rozpoznania *Meningoencephalitis haemorrhagica malarica* obok ostrej pneumonji prawdopodobnie tegoż pochodzenia.

Obfity krwiopust, wprowadzenie 1 gr. chininy, stała kamforyzacja nie mogły, niestety, powstrzymać zejścia śmiertelnego, które nastąpiło 4-go dnia choroby przed odwiezieniem ciężko chorego do szpitala miejskiego, w niecałe 15 godzin po zaaplikowaniu leczenia swoistego.

W przypadku tym u nas prawie nigdy nie spotykanej zimnicy mózgu uderzyć musi co następuje:

1) Początek udarowy z obrazem ciężkiego wylewu krwawego do mózgu lub opon miękkich.

2) Płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy, który znakomicie naśladował t. zw. samorzutny krwotok podpajęczynówkowy, *leptomeningitis haemorrhagica*, słuszniej według mnie na miano *haematoma arachnoideae* — w analogji do *haematoma durae* — zasługujący.

3) Płyn z zawartością plazmodjów i z odczynem hemolitycznym Wassermanna — co często idzie w parze, — podczas, gdy krew obwodowa ani jednego i ani drugiego nie wykazała.

4) Ostry obraz kliniczny, w którym pierwsze dni przeważały toniczne skurcze napadowe o charakterze padaczkowym z niezwykłą żywością normalnych i patologicznych odruchów z ścięgien i skóry, ostanie dni akinezja, arefleksja i zapalenie płuc włóknikowe prawdopodobnie pochodzenia malaryczno-embolicznego.

5) Nieobecność w wielomiesięcznym okresie ukrytej choroby typowych napadów zimnicy i widocznego powiększenia śledziony.

6) Obecność w płynie złośliwej czyli t. zw. podzwrotnikowej odmiany plazmodjów u osobnika, który nigdy nie opuszczał swojego kraju rodzinnego, co dowodzi, że podzwrotnikowa malarja złośliwa (Koch) zdarzać się może w krajach, zupełnie od równika odległych, tu i ówdzie sporadycznie, jak u mnie, w sezonie jesiennym.

Jak mamy sobie przedstawiać obraz anatomopatologiczny takich przypadków. W każdym razie nie mamy tutaj do czynienia, jakby się z przebiegu pierwszych 2-ch dni zdawać mogło, z pierwotnym krwotokiem wewnątrzoponowym wieku młodzieńczego. Jeżeli krwawienie takie istotnie miało miejsce, to było ono natury wtórnej, symptomatycznej, *leptomeningitis infectiosa*, jako współtowarzysząca rozsianemu zapaleniu krwotocznemu istoty mózgowej dawniej *purpura cerebri* zwanemu.

Jeśli już Laveran przed laty w swojej klasycznej monografji o zimnicy stwierdził istnienie czystej *meningite lymphocytaire*, to późniejsi autorzy opisywali zimnicze zapalenie mózgu z typowemi krwotoczkami pierścieniowemi, zakrzepami włoskowatemi, uszkodzeniem rozsianem błony wewnętrznej naczyń i bujaniem gleju okołonaczyniowem, prowadzącem do formalnych węzełków. Te ostatnie podczas wielkich epidemij wojennych zimnicy z lat 1916—1920 Dürek[3]) nie bez słuszności opisał jako »*granulomata malarica*«, stawiając je obok i na jednym stopniu z *tuberculoma, syphiloma i leproma*, znanemi jeszcze z nauki Virchowa ziarniniakami gruźliczych, kiłowych i trędowatych. Według Wohlwilla[1]) trudno zaprzeczyć wrażeniu, że twory te znajdują się w bliskiem pokrewieństwie z pierścieniowemi krwotoczkami. Liczne dane histopatologiczne zdają się zatem ostatniem przemawiać: postać węzełków typowo kulista, umiejscowienie w substancji rdzennej mózgu, centrum nekrotyczne, otaczające zakrzepłe naczynie i rozpad w ziarniniaku zimniczek myelinowych przy zachowanych jako tako, acz zredukowanych ilościowo cylindrach osiowych.

Pomijam w tem miejscu kwestję, czy przez bujający okołonaczyniowo glej, naczynia włoskowate stopniowej ulegają blokadzie, czy też odwrotnie — co jest prawdopodobniejszem — zaczopowane naczyńko włoskowate wywołuje zaburzenie odżywcze w postaci ogniska rozmiękczenia, na co glej wtórnie reaguje wytwarzaniem węzełka ochronnego.

Co się tyczy sposobu rozszerzania się utajonej zimnicy w obrębie mózgu, to można jedynie wypowiadać przypuszczenia. Ciekawem powstaje w każdym razie stwierdzone w przypadkach autoptycznych ostro powstające zaczopowanie naczyń włosowatych mózgowych przez plazmodje. Według Freifelda[1]) znajdują się one tam głównie w postaci gamet i rozet sporulacyjnych. Ostatniej odmiany nie spotyka się nigdy w krążącej szybko krwi, a rozwija się ona prawdopodobnie w zatokach żylnych mózgu, gdzie wskutek znacznego zwolnienia krwiobiegu najpomyślniej się układają stosunki i warunki mechaniczne dla ich rozwoju. Właśnie wskutek rozpadu tej formy sporulacyjnej i zjawiania się w osoczu krwi ciał obcych, jak barwika i endotoksyn zimniczych, powstają prawdopodobnie owe liczne skorupy drobnowidowe, owe zbiorowiska pigmentu, nadające łupkowo szare zabarwienie całej powierzchni kory, nigdzie poza zimnicą złośliwą z jej *encephalitis subcorticalis* nie spotykane.

Kompensacja zastępcza ze strony nietkniętych obrębów mózgowia przejawia się u malaryków o wiele słabiej i nieudolniej niż w zwykłych, pospolitych sprawach zakrzepowych kory i substancji podkorowej starców, gdyż zastój żylny jest tam rozlany, ogniska chorobowe bardzo liczne a siła żywotna zakażonych erytrocytów, niezdolnych do oksydacji, wielce upośledzona.

W przypadkach, nie kończących się śmiercią, śpiączka ustępuje stopniowo miejsca senności i apatji lub podnieceniu z zamroczeniem i omamami, zaś u chorych z tendencją do przewlekłego przebiegu ustala się nie tylko klinicznie obraz podostrego stwardnienia wieloogniskowego, ale i anatomo patologicznie, gdyż liczne ziarniniaki malaryczne w fazie ostatecznej swego rozwoju przyjmują charakter typowych ognisk zwapniałych (*sclerosis disseminata subacuta)*, rozsianych na granicy między białą a szarą substancją.

Jasna rzecz, że zależnie od siedliska głównego ogniska obraz kliniczny się zmienia: przeważają przy lokalizacji korowej rozsianego zapalenia drgawki, przy zajęciu tylnej jamy czaszkowej objawy opuszkowe i móżdżkowe, a w postaci oponowej uderzają limfocytoza i albuminoza z ksantochromją płynu obok sztywności karku i objawu mirjatycznego źrenic.

Czy często się spotyka, jak w naszym przypadku, plazmodje w płynie, trudno powiedzieć bez odnośnych badań, których na razie brak zupełnie w piśmiennictwie lekarskiem.

Chinina obok obfitego krwioupustu, w odpowiedniej chwili i odpowiedniej formie zastosowana działa nieraz zbawiennie i w najrozpaczliwszych przypadkach z błyskawicznie powstałem rozsianiem drobnych młodych form plazmodjów w mózgu. U naszego chorego wskutek zbyt późnego postawienia nader trudnego, prawie niemożliwego rozpoznania różniczkowego, terapja racjonalna przyszła niestety za późno.

W zakończeniu słówko o podzwrotnikowej postaci zimnicy w Polsce i w Europie wogóle. Mam wrażenie, że jest to pierwszy w Polsce notowany przypadek. Do połowy wojny nie znała jej Europa wcale, dopiero gdy żołnierze zaczęli wracać z frontów na urlopy, spotykało się je, wprawdzie nader rzadko, w części Europy, i na północ od Alp i Karpat położonej. Pierwszy raz stwierdzono ją u żołnierza niemieckiego, który wrócił do domu — dziwna rzecz — z frontu polskiego, położonego w każdym razie nie wyżej 55° szerokości geograficznej, następnie w analogicznych warunkach u żołnierza angielskiego i u Górnoślązaka. Następne przypadki dotyczyły przeważnie wojskowych, kiłą zarażonych, u których salwarsan, w celach leczniczych zasto-

[2]) p. Warsz. Czasop. Lek. 1. 1925.

[3]) Dürek. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene 1917 i Münch. medic. Wochenschr. 1921.

[1]) Freifeld. Zentralbl. f. d. gesam. Neur. u. Psych. T. 33.

sowany, okazał się prowokatorem utajonej, nieraz bardzo tragicznie zakończonej tropiki.

W naszym kraju, a głównie w Niemczech, grasuje przeważnie wśród bydła stajennego, *Anopheles maculipennis*, który to komar przy kąsaniu malaryka zaraża swoje gruczoły ślinne przez sporozoity wszelkiemi rodzajami zimnicy, nie wyłączając trzeciaczkowej i czwartaczkowej. Optymalna ciepłota dla rozwoju tropikalnej plazmodji jest 25—30°: Przy 20° rozwija ona w ciągu miesiąca, przy 25° w niespełna pół miesiąca. Pasorzyt przezimowuje nieraz w komarze. Nie należy atoli przypuszczać, że wszystkie komary ulegają zarazie. Nawet w Macedonji, gdzie podczas wojny ciężka grasowała zimnica, niżej 2% komarów okazała się zarażoną, jak widać z zestawienia Gordina z hamburskiego Instytutu podzwrotnikowego.

W każdym razie nie słuszna nazwa zimnicy »tropikalnej«, którą zawdzięczamy Koch'owi winna być zamienioną przez zimnicę »egzotyczną«. Żałować należy, iż zainaugurowała swoje obywatelstwo w naszym kraju zbyt groźnie, występując w postaci najcięższej, w postaci złośliwej i śmiertelnej malarji mózgowej.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

O wynikach stosowania starej tuberkuliny sposobem pirketyzacji*).

Z ambulatorjum ftizjologicznego Lwowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Kierownik: Dr. L. Węgrzynowski.

Szereg sprzecznych zdań w literaturze, o wartości leczniczej doskórnego stosowania tuberkuliny, skłonił nas do przeprowadzenia ścisłych badań nad tą metodą leczniczą.

Metoda pirketyzacji została pierwotnie podana przez Müncha i Pöppelmana (1907) zaś potem przechodziła szereg modyfikacyj, z których najgłówniejszą jest metoda Ponndorfa.

Metody poszczególne różnią się między sobą techniką wykonania. I tak Münch stosował świderek Pirqueta, zaś Pöppelman wykonywał podługowate cięcia nożykiem, w które wcierał 1—2 kropli starej tuberkuliny. Ilość nacięć wzrastała przy każdem szczepieniu o jedno więcej, zaś szczepienie powtarzał co 4—6 dni, zależnie od odczynu szczepiennego. Wallerstein stosował w podobny sposób rozcieńczoną tuberkulinę, poczynając od $^1/_4$%. Stężenie zwiększał stopniowo aż do tuberkuliny nierozcieńczonej. Klotz kombinował metodę Pöppelmana z wstrzykiwaniami »Alttuberkulin« i uzyskiwał dobre wyniki przy gruźlicy kostnej i gruczołowej. Sahli i Dübi wykonywali cięcia skórne specjalnym instrumentem, podobnym do igły Franka, który zawierał kilkanaście ostrzy, w tym celu by cięcia skórne były jednolitej głębokości. Köppe stosował szczepienie w pobliżu gruczołów gruźliczych uzyskując szybkie poprawy. Z polskich autorów w r. 1912 zajmowano się tą metodą w Klinice Gluzińskiego we Lwowie, zaś ostatnio poruszyli tę kwestję Sobieszczański i Michalski z II. Kliniki wewn. w Warszawie. Autorowie ci przeprowadzając badania nad odczynem Pirqueta zauważyli, że w pewnych przypadkach gruźlicy kostnej i gruczołowej oraz w przypadkach gruźlicy płucnej, uzyskali znaczną poprawę, stosując powyższy sposób i podjęli na nowo myśl stosowania tej metody jako metody leczniczej.

W czasie dyskusji na ostatnim Zjeździe Internistów w Wilnie nad tym referatem Węgrzynowski zwrócił uwagę, że na podstawie jego doświadczenia leczenia »Alttuberkuliną« przypadków gruźlicy płuc, należy bardzo pesymistycznie zapatrywać się na wyniki leczenia tym środkiem. Wobec jednak dodatnich wyników Sobieszczańskiego i Michalskiego uważa za konieczne zajęcie się ponownie tą metodą.

Wspomnieć należy pokrótce o pokrewnej metodzie Ponndorfa, który wykonywa 15—25 niekrwawiących cięć 3—5 cm długich, w które wciera tuberkulinę, zaś szczepienie powtarza co 2—3 tygodnie. Później zastąpił Ponndorf tuberkulinę mieszaną szczepionką. Metoda ta wedle autora miała uwolnić ludzkość od gruźlicy. Ponnndorf podaje wyniki lecznicze z bardzo dobrym wynikiem u 2,500 chorych. Podobnie zapatruje się na tę sprawę cały szereg autorów jak Schreiber, Rüdiger, Lichtweiss, Hofmeister, Kroschinski, Hornung, Hajek, Ohlen i in.

Czytając zaś protokół konferencji w Weimarze na temat wartości leczniczej metody Pondorfa widzimy, że sposobem tym uleczono najrozmaitsze choroby nie tylko na tle gruźliczem ale i inne jak różę, padaczkę, chorobę Basedowa, łuszczycę, świerzbiączkę, pęcherzycę, liszaj płaski czerwony, dnę, miażdżycę, rwę kulszową, crises gastriques i wiele innych. Później zaczęto zacieśniać wskazania powyższej metody wybierając specjalne przypadki, gruźlicy, jak gruźlicę kostną i gruczołową, oraz formę włóknistej gruźlicy płuc (Ickert, Liebemeister, Burghardt i inni).

Ostatnio autorowie francuscy (Cheinisse), holenderscy (Decker) oraz niemieccy (Oswald, Schönfeld, Drigalski, Ulrici, Nobel i Rosenblüth), odmawiają zupełnie wartości leczniczej powyższej metodzie, a nawet niektórzy podnoszą jej szkodliwość, zaś Roepke wyraził się o niej: »skórna metoda daje pozory leczenia i pozwala zaniedbać inne skuteczniejsze metody«. Klemperer uważa za niedowiedziony i mało prawdopodobny fakt skutecznego działania tuberkuliny, stosowanej metodą skórną. Ponadto notują w ostatnim czasie szereg komplikacyj przy tem leczeniu jak serowate zapalenie płuc (Müller), gruźlica prosówkowa, podwyżki ciepłoty i krwioplucia (Lienhardt), silne bóle (Curshman) i t. d.

Podobne też dzieje przechodzi metoda pirketyzacji, od wyników świetnych widzianych przez jej autorów, aż do zupełnego zarzucenia tego sposobu i wykazania szkód, jakie chorym poczynić może.

Przechodzimy obecnie do opisu wyników naszych badań.

Metoda stosowana w naszej Przychodni polegała na wykonywaniu niekrwawiących nacięć skórnych, począwszy od długości 1 cm., w które wcieraliśmy tuberkulinę. Przy następnem szczepieniu, zwiększaliśmy cięcie o 1 cm., tak, że w niektórych przypadkach długość ich dochodziła do 30 cm. Następne szczepienia powtarzaliśmy z chwilą zupełnego zniknięcia odczynu z poprzedniego szczepienia, a powtarzaliśmy je aż do uzyskania anergji. Przeciętnie powtarzaliśmy je co 2—6 dni. O ile odczyn był zbyt silny, nie zwiększaliśmy długości nacięć, względnie nawet zmniejszaliśmy je Szerokość pola reakcji mierzyliśmy miarką milimetrową.

Ponadto wykonywaliśmy u chorych dokładne pomiary ciepłoty, badanie krwi, plwociny, moczu, szybkości opadania krwinek; oraz w wywiadach staraliśmy się zobrazować stosunki domowe chorego.

Chorzy nasi wszyscy żyli w warunkach domowych, przez co odpadł moment grający wielką rolę w badaniach klinicznych, a mianowicie fakt, że w klinice chory dostaje się w doskonałe warunki higjeniczne, jest odpowiednio odżywiany i t. d., co niewątpliwie, wpływając dodatnio na sprawę chorobową, pozornie podnosi wartość stosowanej metody leczniczej. Rzecz jasna, że u naszych chorych nie stosowaliśmy podczas doświadczeń żadnego innego leczenia.

Z całego szeregu leczonych tą metodą chorych, podajemy wyniki leczenia jedynie u 41 bardzo zaufanych chorych, którzy 1 rok do $1^1/_2$ roku pozostają w bezustannej naszej obserwacji.

Warunkiem stosowania pirketyzacji był stan bezgorączkowy, wzgl. u kilku chorych stan podgorączkowy, dobry stan ogólny oraz sprawa chorobowa nie postępująca naprzód, wzgl. postępująca przewlekle.

Z gruźlicy płucnej leczyliśmy 31 chorych i to 14 chorych z *phtisis pulmonum incipiens stationaris*, 13 *z phtisis pulm. declarata stationaris* wzgl. *chronica progrediens*, 4 *phtisis obsoluta;* ponadto 6 przypadków gruźlicy gruczołowej, oraz 4 przypadki gruźlicy stawów, kości i okostnej.

---

*) Referat wygłoszony na I. Zjeździe Przeciwgruźliczym w Krakowie w dniu 16 maja 1925 r.

Jako odczyn na szczepienie mogliśmy zauważyć: odczyn miejscowy, odczyn ogólny, oraz odczyn w ognisku chorobowem.

Odczyn lokalny przedtawia się rozmaicie. W 5—15 minut występował bąbel, który szybko znikał, a w miejscu jego poczynało rozwijać się zaczerwienienie, którego maksimum występowało po 36—48 godz. Zaczerwienienie to było rozmaicie szerokie, od 2—40 milimetrów, zaś utrzymywało się 2—6 dni. Stosunki takie znachodziliśmy w 75% przypadków. U pozostałych 10 chorych wystąpiły bolesne nacieki, sięgające głębiej w skórę i tkankę podskórna. Wielkość ich była rozmaita, zaś trwanie ich było dłuższe od wyżej opisanego zaczerwienienia. U 2-ch chorych nosił odczyn stale piętno krwotoczne, zaś u 2 innych chorych występowały stale pęcherze ropne. W 1-ym przypadku wystąpił rodzaj nacieku, przypominający ropowicę, który znikł samoistnie po kilku dniach.

W 20% przypadków, mimo ostrożnego stosowania tuberkuliny, zauważyliśmy zapalenie naczyń chłonnych i odpowiadających im gruczołów limfatycznych.

Przypatrując się wielkości odczynu miejscowego, należy podnieść ciekawy fakt, że odczyn ten nie jest za pierwszym razem największy, lecz że wzrasta stopniowo, a maksimum jego przypada między 5—11-tem szczepieniem, poczem odczyn maleje. Właśnie na ten okres najwyższego nasilenia przypada reakcja w formie zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych lub też odczyn przybiera charakter krwotoczny. Bardzo wielkie odczyny zauważyliśmy u chorych na gruźlicę kości i stawów, oraz dobrotliwe postacie gruźlicy płuc.

Niektórzy chorzy skarżyli się na bóle w miejscu szczepienia, na ociężałość kończyn oraz dotkliwe swędzenie skóry.

Odczyn ogólny widywaliśmy rzadziej, gdyż naszem staraniem było nie wywoływać wybitniejszej ogólnej reakcji.

Kilka razy zauważyliśmy podwyżki ciepłoty 37,5—38°; u jednej chorej pogorszyła się skaza krwotoczna. Kilku chorych uskarżało się na bóle głowy i ogólne osłabienie.

Przechodząc do odczynu w miejscu ogniska chorobowego, należy podnieść następujące dane.

W 3-ch przypadkach podczas leczenia pojawiło się krwioplucie i to u 2 chorych którzy mieli je bardzo dawno i 1 poraz pierwszy. U 6-ściu chorych zwiększyła się ilość rzężeń w płucach; u 1-ej chorej wystąpiło suche zapalenie opłucnej, zaś u 8-miu chorych pogorszył się kaszel. Jedna chora po szczepieniu dostawała upartych krwotoków z nosa.

Przychodzimy obecnie do wyniku leczniczego pirketyzacji.

W przypadku gruźlicy płuc stwierdziliśmy polepszenie u 8% chorych, w 57% stan nie uległ żadnej zmianie, zaś w 35% widocznem było pogorszenie: jak krwioplucie, pogorszenie objawów fizykalnych i u jednej chorej skazy krwotocznej.

Z gruźlicy gruczołowej jeden chory stracił podwyższenie ciepłoty.

W przypadkach gruźlicy kostnej uzyskaliśmy wybitne poprawy, a mianowicie zagojenie się przetok, zwiększenie się zdolności poruszania kończynami, oraz zmniejszenie się zmian gruźliczych okostnej.

Pirketyzacja pozostała bez wpływu na wagę chorych, na obraz krwi i plwociny.

Reasumując wynik badań należy stwierdzić następujące dane:

1. Leczenie pirketyzacją nie jest metodą pewną, ze względu na trudność dawkowania tuberkuliny i rozmaitą indywidualność chorego.

2. Leczenie to daje w dużym odsetku przypadków, nawet przy bardzo ostrożnem stosowaniu nieprzewidziane powikłania i pogorszenia; wobec czego nie można zaliczyć go do metod nieszkodliwych dla chorych.

3. Pirketyzacja nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc; możnaby jedynie próbować jej w gruźlicy kostnej, oraz w końcu w gruźlicy gruczołowej.

4. Przy pirketyzacji odczyn nie wzmaga się w przypadkach ciężkich lub też go zupełnie brakuje, zaś wzmaga się w przypadkach o dobrem rokowaniu i jest być może jedynie wykładnikiem sił obronnych ustroju, a nie momentem wywołującym poprawę. (Fakt zgodny z obserwacjami Tuza, Sobieszczańskiego i Michalskiego).

Piśmiennictwo.

1) Münch: Beitr. z. Klinik d. Tub. T. 17. z. 2. — 2) Pöppelman: Berlin. klin. Wochschr. 1910. 42. — 3) Koeppe: Zeitschr. f. Kinderheilk. 1913. T. 7. Z. 1 i 2. — 4) Dübi: Beitr. z. Klinik d. Tub. T. 39. Z. 2. — 5) Ponndorf: Münch. med. Wochschr. 1914. Nr. 14 i 15. — 6) Sobieszczański-Michalski: Polskie Archiw. Med. Wewn. 1922. Z.1. — 7) Lienhardt: Dyssert. Lipsk 1918. — 8) Kroschiński: Münch. Med. Wochschr. 1921. Nr. 7. — 9) Lichtweiss: Beitr. z. Klin. d. Tub 1921. T. 47. — 10) Roepke: Ztschr. f. Bahn u. Kassenärzte 1921. 10. — 11) Ickert: Dtsch. med. Wochschr. 1922. Nr. 39 — 12) Klemperer: j. w. 1921. Nr. 1. — 13) Bandelier-Roepke: Lhrb. der spec. Diagn. u. Ther. der Tuberkulose. 1922. — 14) Hofmeister: Münch. med. Wochschr. 1922. Nr. 28. — 15) Hornung: Beitr. z. Klin. d. Tub. 1924 T. 59. Z. 1 i 2. — 16) Ulrici: Ther. d. Gegenw. 1924. Z. 10 — 17) Hayek: Grenzen für die Verwertbarkeit der spez. Ib. behandlung in der allg. Praxis. 1924. Monachjum. Otto Gmelin. — 18) Protokół Zjazdu w Weimarze dnia 27. XI. 1921. »Aussprache über Ponndorf. Kutanimpfung. Zeitschrift für Tuberculose. 1921. — 19) Dekker: Nederl. Tydschr. v. Gencesk. R. 68. Nr. 15. — 20) Nobel-Rosenblüth: Zeitschrift für Kindersheilkunde. T. 38. Z. 4.

J. EISENFARB. Warszawa.

Przypadek żółtaczki hemolitycznej, leczony z dobrym skutkiem naświetlaniem śledziony promieniami Roentgena i cytrazą *).

Z oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus.

Wszyscy prawie autorowie wyrażają się z uznaniem o wynikach leczniczych splenektomji w żółtaczce hemolitycznej (Michelli, Banti, Eppinger i Ranzi, Hirschfeld, Naegeli, Semerau-Siemianowski i inni) i zalecają ten zabieg w każdej prawie postaci tej choroby.

Po wycięciu śledziony występuje znaczna poprawa samopoczucia, słabną objawy niedokrwistości, a żółtaczka przeważnie ustępuje. Natomiast napadowe obostrzenia czasem po pewnej przerwie powracają (Naegeli, Semerau i inni), odporność krwinek, choć nieco się zwiększa, ale do normy nie dochodzi, a mikrocytoza nie znika (Naegeli).

Z powyższego wynika, że wycięcie śledziony daje znaczną poprawę, wyleczenia zupełnego nie sprowadza. Wobec tego oraz wobec faktu, że zabieg ten, prawie niewinny podług jednych, daje podług innych (Gilbert, Chabrol i Bênaud) 1% śmiertelności, próbowano go zastąpić przez naświetlania śledziony promieniami Roentgena. Zdania co do otrzymanych tą drogą wyników są podzielone. Francuzi z Widalem i Brulé na czele, jakoteż Moynihan (C. c.) otrzymywali wyniki zadowalające; Eppinger zaś twierdzi, że po naświetlaniach śledziony żadnego dodatniego wyniku nie widział, co może zależało od ciężkości tych przypadków, a może od zbyt słabego naświetlania. Zdanie to Eppingera uczyniło jednak sporną skuteczność tych naświetlań. Dlatego odnośne przypadki z wynikiem dodatnim naświetlań śledziony wciąż podlegają ogłoszeniu.

Do nich właśnie pragnę dorzucić i nasze spostrzeżenie, które wydaje się nam bardzo ciekawem.

Chora M. lat 23, służąca, panna, virgo, zgłosiła się dnia 14. X. 1924 r do szpitala ze skargami, iż od miesiąca cierpi na stałe bole w okolicy prawego boku i prawej strony brzucha. Bole te nasilają się napadowo i wtedy przechodzą na lewy bok, w okolicę śledziony. Przy większem nasileniu ból szerzy się po całym brzuchu i promieniuje do krzyża. Bole te są bardzo denerwujące; chora odczuwa przy nich silny niepokój, a nadto miewała przytem czasem nudności i bole głowy, które od 2-ch tygodni się nasiliły i do których dołączyły się zawroty głowy. Do dnia 12. X. chora chodziła i pracowała; od 2-ch dni objawy tak się nasiliły, iż chora musiała się położyć. Wymiotowała raz treścią podbarwioną żółcią. Od 4-ch dni straciła łaknienie. Wypróżnienia i oddawanie moczu normalne. Ciepłoty nie mierzyła. Żółtaczki nie zauważyła.

---

*) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu klinicznem w szpitalu Dzieciątka Jezus dnia 16. XI. 1924 r.

W grudniu 1923 r. cierpiała na bole w okolicy żołądka i ogólne osłabienie. Bole te na początku zjawiały się naraz po jedzeniu, a później były stałe. Leczono ją na nerwicę żołądka i błednicę. Brała żelazo i po pewnym czasie czuła się lepiej. W maju r. z. znów wystąpiły bole żołądkowe i zawroty głowy. W czerwcu wyjechała na wieś i do września czuła się nieźle. Podobne dolegliwości żołądkowe zjawiały się czasem już przed tem mniej więcej od 4-ch lat.

Poza jakiemś schorzeniem zapalnem gardła w wieku lat 12, podobno na nic nigdy nie chorowała; żółtaczki nigdy nie zauważyła. Z całą stanowczością twierdzi, że nikt w rodzinie bliższej ani dalszej na żółtaczkę, ani na kamicę żółciową nie chorował. Pierwsza miesiączka w 17-ym roku życia, co 4 tygodnie, 4—5 dni trwająca, dość obfita. Od 2-ch miesięcy miesiączki bardzo skąpe.

Stan obecny:

Wzrostu wysokiego, budowa kośćca prawidłowa, mocna. Żadnych zboczeń ustrojowych nie stwierdzono. Odżywienie dobre. Powłoki skórne zabarwione wyraźnie blado-cytrynowo-żółto. Białkówki zabarwione na żółto. Błony śluzowe blade. Język nieobłożony, blady. Gruczoły chłonne niemacalne Gruczoł tarczowy niepowiększony. Waga 64,7 kg. Ciepłota 36,4°—37,0°. Oddechów 20 na minutę. Płuca: Klatka piersiowa normalnie wysklepiona. Dołki nad- i podobojczykowe wypełnione. Wypukowo z tyłu: lekkie stłumienie prawego szczytu do grzebienia łopatki, poza tem ton wypukowy normalny. Dolna granica płuc na X-ym żebrze ruchoma. Wydech nad stłumieniem wydłużony. Pozatem na całej przestrzeni oddech pęcherzykowy. Głos i drżenie nad stłumieniem nieco wzmożone.

Z przodu: lekkie stłumienie prawego szczytu; nad nim wydłużenie wydechu. Zapomocą promieni Roentgena żadnych uchwytnych zmian w płucach nie stwierdzono. Serce i naczynia: Granice serca normalne, tony głośne. U wierzchołka szmer telesystoliczny, słyszalny również i w III-ej przestrzeni międzyżebrowej lewej i nad tętnicą płucną. Tętno 90, miarowe, średniej szybkości, dobrze wypełnione i napięte. Ciśnienie Mx 105, Mn 45, PP — 60, THP = 4,5 mm = 0,09“, TDP = 35 mm = 0,7“ CAP = 7,2 (norma 6), CCP = 5,2 (norma 3). Bolometrja wykazała: wychylenie maksymalne — $\frac{3}{4}$ — podziałki przy optimum ciśnienia = 90 mm Hg. Objętość tętna na minutę = 0,35 cm³; praca tętna na minutę = 43,74 grcm.

Przewód pokarmowy: Uzębienie dobre. Brzuch dobrze wysklepiony, powłoki jędrne. Dolna granica żołądka na wysokości pępka. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, gładka, nieco bolesna na ucisk, dość twarda. Nieznaczna bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego. Punkty Chauffard'a niebolesne. Bolesność prawego punktu przypępkowego. Śledziona występuje na 2½ palca z pod lewego łuku żebrowego wypukowo — na wysokości VIII-go żebra na linji pachowej, niebolesna na ucisk.

Badanie treści żołądkowej: Naczczo wydobyto 10 cm³ mętnawej treści, zawierającej dość dużo śluzu, wolnego kwasu solnego 12, kwasoty ogólnej 24. Pod drobnowidem: śluz i ciałka Jaworskiego w dość znacznej ilości. W 45 minut po próbnem śniadaniu wydobyto 150 cm³ dobrze strawionej miazgi o nieznacznej zawartości śluzu; wolnego kwasu solnego — 56, kwasota ogólna — 71. Achro i Erytrodekstryny + podpuszczka +.

Krew — próba benzydynowa ujemna. Pod drobnowidem: skrobja, gdzieniegdzie leukocyty i *detritus*.

Zgłębnikowanie dwunastnicy: po uprzedniem przepłukaniu żołądka założono zgłębnik dwunastniczy. Po godzinie zjawiła się żółć przeźroczysta o zawartości bilirubiny 440 mgr (hiperbilirubinocholja). Odczyn na urobilinogen w treści dwunastniczej ujemny. Pod drobnowidem: od 6—8 leukocytów w p. w. Odruch Melzer-Lyon'a dodatni: wypływa bardzo ciemna żółć pęcherzykowa. W osadzie od 3—5 leukocytów w p. w. i kryształki bilirubinianu wapnia w dość dużej ilości.

Kał: zmiennie zabarwiony, często dość ciemny, nigdy nie odbarwiony.

Krew — próba benzydynowa ujemna. Pod drobnowidem resztki roślinne. Skrobji ani jaj pasorzytów (szukano wielokrotnie) nie znaleziono.

Nerki nie wymacują się. Uderzenie w okolicę lędźwiową niebolesne. Mocz koloru brunatno-czerwonego. Ilość dobowa 1500 cm³, kwaśny, c. g. = 1024. Białka, cukru, acetonu, kwasu dwuoctowego i bilirubiny nie stwierdza się.

Odczyn Hay'a i dwuazowy ujemny. Urobilina i urobilinogen znacznie zwiększone. Chlorków 10‰. Kwas moczowy — 610 mlgr ‰, 915 mlgr na dobę. Pod drobnowidem: nieliczne nabłonki wielokątne, 2—3 leukocytów w p. w. Dużo bezpostaciowych moczanów i kryształki kwasu moczowego. Przez cały czas pobytu chorej w szpitalu urobilina i urobilinogen otrzymywały się w moczu w większej lub mniejszej ilości.

Układ nerwowy: prócz wzmożonych odruchów ścięgnowych, zmian patologicznych nie wykryto. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu dało: normotonję, mianowicie: napięcie nerwu współczulnego — 120 (norma: 116—128), napięcie nerwu błędnego — 48 (norma: 48—58).

Badanie krwi: hemoglobiny 55 (według Sahliego). Erytrocytów — 3,550.000. Wskaźnik barwnikowy = 0,76. Lekka anizocytoza, poikilocytoza i polichromatofilja. Mikrocytoza. Barwienie przyżyciowe dało obfitą liczbę ciałek czerwonych ziarnistych. Leukocytów 6.600. Morfologicznie:

B	E	My	Met.	P.	S.	L.	Mo
1	4	0	0	1	59	28	6

Wskaźnik refraktometryczny na początku był — 1,348 = 6,9% białka. Po miesięcznym pobycie refraktometrja wykazała 1,3495 = 8% białka. Fibrynogen w surowicy = 0,12% (norma). Albuminy = 1,6. Globuliny = 5,0. Lepkość krwi = 3, lepkość surowicy = 1,6 (ap. Hessa). Stężenie jonów wodorowych w surowicy: pH = 7,4 (norma). Sedymentacja krwinek czerwonych = 15 mm na godzinę. Krzepliwość krwi 26' (według Achard'a i Binet'a). Ducke (czas krwawienia) = 2,5'. Autolizyny izolizyny i autoaglutininy wypadły ujemnie.

Odczyn Wassermanna wypadł za pierwszym razem słabo dodatnio, a w 3 dni później ujemnie. Można byłoby przyjąć pierwszy słabo dodatni odczyn Wassermanna za wyraz obecności heterolizyn.

Cholesteryny w surowicy 1000 mlgr (hipocholesterynemja). Cukru we krwi — 1300 mlgr. Mocznika — 260 mlgr, kwasu moczowego 36 mlgr. Bilirubiny w surowicy 60 mlgr. Strąt kremowy, odczyn bezpośredni dwufazowy.

Przebieg i leczenie.

Po 10-dniowym pobycie w szpitalu żółtaczka znacznie się zmniejszyła, białkówki pozostały jeszcze mocno podbarwione. Bladość chorej bardzo się uwidoczniła. Bole w okolicy wątroby i śledziony nieco się zmniejszyły, ale osłabienie, zawroty głowy i niepokój nie ustępowały. Bilirubina w surowicy spadła do 24 mlgr. Odczyn bezpośredni był opóźniony. Odporność krwinek zachowywała się mniej więcej jak poprzednio $H_1 = 60$, $H_2 = 48$, $H_3 = 40$.

Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hb — 55. Erytrocytów 3,590.000. Wskaźnik barwnikowy = 0,76. Leukocytów — 6.200, morfologicznie:

B	E	My	Met.	P.	S.	L.	Mo
1	1	0	1	2	47	42	6

Zaczęto następnie stosować żelazo z arszenikiem doustnie Po 4-ch tygodniach takiego leczenia chora czuła się nieco lepiej. Bole w okolicy wątroby i śledziony występowały rzadziej. Bole głowy i zawroty się zmniejszyły. Ilość hemoglobiny podniosła się do 78, erytrocytów do 4,110.000. Wskaźnik barwnikowy do 0,9.

W celach doświadczalnych naświetlono śledzionę drażniącemi dawkami promieni Roentgena. Chora otrzymała po 2 naświetlania na okolicę śledziony z przodu i z boku, trwające każde po 10 minut, przez sączek aluminiowy grubości 2 mm. Dawka 1½ H.

Po tych naświetlaniach wystąpiły znów częste i silne bole w okolicy wątroby i śledziony. W 3 dni po ostatnim naświetlaniu chora dostała dość silnej żółtaczki, którą nawet sama zauważyła. Śledziona, dochodząca przedtem wypukowo do VIII-go żebra, powiększyła się, sięgając do VII-go żebra. Bilirubina w surowicy zwiększyła się więcej, niż dwukrotnie w porównaniu z ostatniem badaniem. Mianowicie z 24 mlgr podskoczyła do 52 mlgr. Odczyn bezpośredni pozostał opóźniony. Odporność krwinek pozostała prawie bez zmian: $H_1 = 56$, $H_2 = 40$, $H_3 = 38$. Ilość hemoglobiny spadła do 65.

Po upływie 3-ch tygodni chorą poddano ponownym naświetlaniom promieniami Roentgena; tym razem odrazu dawkami mocnemi, leczniczemi. Chorą naświetlano przez 4 dni a po odpoczynku tygodniowym jeszcze przez 2 dni z przodu, z boku i z tyłu przez sączek Cu grubości 0,5 mm. Dawka $\frac{3}{4}$ H. E. D.

Przez pierwszych kilka dni po naświetlaniach chora czuła się bardzo osłabioną, miała silne bole i zawroty głowy i bole w okolicy śledziony i wątroby. Powoli objawy te ustąpiły i w jakie 3 tygodnie po naświetlaniach chora czuła się silniejszą, niż przez cały czas choroby; napady stały się bardzo lekkiemi i zjawiały się rzadziej, bole głowy trwały. Krew, badana w kilka dni po naświetlaniach promieniami Roentgena wykazała: Hb — 73, erytrocytów 5,900.000, a więc poliglobulję, wskaźnik barwnikowy = 0,67, lekka anizocytoza, polichromazja i mikrocytoza. Odporność utrzymywała się w tych samych granicach: $H_1 = 56$, $H_2 = 40$, $H_3 = 38$. Ilość bilirubiny w surowicy spadła do 12 mlgr.

Zaczęto wtedy stosować »cytrazę«. Jest to przetwór, składający się, według formułki Normet'a z 52 gr cytrynianu sodu, 20 gr cytrynianu magnezu, 3 gr szczawianu potasowo-żelazowego i 1 gr cytrynianu manganu na litr wody. Wychodząc z doświadczeń Gengou, że cytrynian sodu przeszkadza działaniu hemolitycznemu trucizny kobry i surowicy minoga, a także z doświadczeń Bordet'a, że cytrynian sodu przeszkadza fiksacji

alexyny, jakoteż z doświadczeń własnych, że podawanie cytrynianu sodu zwiększa ilość czerwonych ciałek krwi, Normet uważa, że cytryniany powinny być najwłaściwszym lekiem we wszelkiego rodzaju niedokrwistościach, szczególnie przebiegających ze wzmożoną hemolizą. Otrzymał on jakoby w kilku przypadkach niedokrwistości złośliwej wyniki bardzo dodatnie. Przetwór Normet'a stosuje się dożylnie i podskórnie od 10 do 12 cm^3.

Pierwszy zastrzyk dożylny tego przetworu w ilości 6,5cm^3 wywołał u naszej chorej bardzo silny wstrząs z ciepłotą do 40°, biciem serca i drżeniem na całem ciele. Zarzucono więc drogę dożylną i przystąpiono do zastrzyków podskórnych co drugi dzień po 10 cm^3.

Chora otrzymała 10 zastrzyków. Samopoczucie chorej nadzwyczajnie się poprawiło. Bole głowy ustąpiły, a bole w boku prawie że ustąpiły zupełnie. Badanie krwi wykazało: Hb — 80, erytrocytów 5,670.000; lekka anizocytoza i mikrocytoza utrzymują się. Przyżyciowa ziarnistość pozostaje jeszcze zwiększona. Leukocytów 5.300, morfologicznie:

B	E	My	Met.	P.	S.	L.	M	Türka
0	2	0	0	1	63	26	6	2

Odporność nieco się zwiększyła $H_1 = 52$, $H_2 = 42$, $H_3 = 34$. Bilirubina w surowicy wynosi wszystkiego 10 mlgr. Urobilina w moczu w minimalnej ilości. Chora wypisała się, jeżeli nie zupełnie zdrowa, to przynajmniej z wielką poprawą.

Opisany przypadek nie przedstawiał, po dokładnem zbadaniu, żadnych trudności rozpoznawczych. Obraz krwi, zmniejszona odporność krwinek, zwiększona przyżyciowa ziarnistość czerwonych ciałek krwi, hiperbilirubinemja bez natychmiastowej próby bezpośredniej, żółtaczka bez objawów cholemicznych i bez odbarwionych stolców, nadmierna ilość bilirubiny w żółci (hiperbilirubinocholja), ustalona przy pomocy zgłębnikowania dwunastnicy, z wykazaniem braku w żółci wszelkich danych za zapaleniem dróg żółciowych, zwiększenia znaczne urobiliny i urobilinogenu, a nieobecność bilirubiny i soli żółciowych w moczu, powiększenie znaczne śledziony wykluczały wszelkiego rodzaju schorzenia wątroby.

Jako początek ujawniania się choroby możnaby uważać te dolegliwości w okolicy żołądka, które zjawiły się przed 4-oma laty i na które chora na razie uwagi nie zwróciła. Choroba postępowała naprzód i od roku znacznie się nasiliła. Chorą leczono na blednicę. Żelazo i odpoczynek na wsi znacznie chorej pomogły. To potwierdza nasze mniemanie, gdyż, jak zobaczymy niżej, samo tylko podawanie żelaza bardzo dobrze pomaga w części przypadków żółtaczki hemolitycznej.

Więcej trudności mieliśmy z zaliczeniem naszego przypadku do jednej z przyjętych dziś postaci tego cierpienia.

Większość autorów, jak Eppinger, Widal, Brulé i inni, przyjmują istnienie dwóch postaci żółtaczki hemolitycznej: wrodzonej i nabytej. Ostatnio opisują (Chauffard i Troisier l. c.) jeszcze jedną postać, t. zw. *»ictere hémolysinique«*. Inni znów autorowie, jak Meulengracht, Lewin, szczególnie Gänsslen, nie uznają postaci nabytej.

Ten ostatni, opierając się na przeszło 140 przypadkach wprowadza pojęcie konstytucji hemolitycznej i uważa, że postać wrodzona może pozostawać przez czas dłuższy ukrytą i wybuchać, a raczej ujawniać się dopiero wskutek czynników dodatkowych, jak angina i t. p., którym dotychczas przypisywano dość ogólne znaczenie w wywoływaniu postaci nabytej tego cierpienia. Nie wchodząc w rozstrzyganie tej kwestji spornej, zaznaczę tylko, że przypadek nasz do postaci żółtaczki hemolitycznej »nabytej« zaliczony być nie może, a to z dwóch względów. Po pierwsze, wszystkie opisane dotychczas przypadki żółtaczki hemolitycznej »nabytej« cechowały się ciężkiemi zmianami we krwi i ciężkim stanem ogólnym (Widal i Abrami, Brulé, Eppinger, Faure-Beaulieu i Monguin i t. d.) czego w naszym przypadku nie było.

Powtóre, nie można było w naszym przypadku doszukać się żadnego z momentów wywoławczych, jak zakażenie, zatrucie, ciąża i t. p.

Do postaci dziedzicznej i rodzinnej przypadku naszego na zasadzie wywiadów, również zaliczyć nie można.

Pozostaje więc w tym razie, według Naegeliego, Gänsslena i Meulengrachta przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z nowopowstałą »mutacją«. Mutacja taka powstaje nagle z przyczyn wewnętrznych i okazuje się dziedziczną jako cecha dominująca. Według Meulengrachta, 50% potomstwa takich chorych dziedziczy omawianą tu skazę.

Z podziałem żółtaczki hemolitycznej na poszczególne postaci kliniczne wiąże się sprawa sposobu jej powstawania, czyli t. zw. patogenezy.

Od chwili przedstawienia przez Minkowskiego (1900) pierwszego przypadku żółtaczki hemolitycznej, kwestja była wielokrotnie omawiana, również i w piśmiennictwie polskiem (Starkiewicz, Herc i Sterling, Oczesalski, ostatnio Semerau i inni). Wszystkie wypowiedziane w tej sprawie teoretyczne poglądy dadzą się sprowadzić do dwóch głównych. Podług pierwszego mamy w żółtaczce hemolitycznej do czynienia z pierwotnie nadmierną czynnością śledziony *(hyperspleniа primitiva)*, która polega na tem, że narząd ten niszczy za dużo krwinek czerwonych. Przedstawiciele tej teorji opierają się głównie na pomyślnych wynikach wycięcia śledziony (Eppinger). Podług drugiego poglądu, mamy tu do czynienia z wytwarzaniem przez szpik kostny mniej wartościowych ciałek czerwonych. Dodatni wpływ wycięcia śledziony da się podług tej teorji, w zupełności wytłumaczyć w ten sposób, że śledziona, która niszczy fizjologicznie tylko stare i bardziej łamliwe krwinki, niszczy ich w żółtaczce hemolitycznej więcej, gdyż spotyka u takich osób zwiększoną liczbę bardziej łamliwych czerwonych ciałek. Wycięcie śledziony i w tych przypadkach sprowadza poprawę objawów klinicznych.

Podług Semerau'a, należy jeszcze przyjąć, że jakościowo gorsze wytwarzanie się krwinek czerwonych w szpiku kostnym zależy w pewnej mierze od zaburzenia w gospodarce cholesteryny.

Żaden z tych trzech poglądów i ich odmian nie wyświetla wszechstronnie sposobu powstawania żółtaczki hemolitycznej. Należy raczej przypuszczać, że w żółtaczce hemolitycznej mamy do czynienia nie z jedną z wymienionych przyczyn, lecz z ich szeregiem, skojarzonym ze sobą w różnym stopniu i stosunku wzajemnym. Przemawiają za tem poniekąd doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach i ludziach.

Otrzymywano, n. p. typowe okostnienia zapomocą wstrzykiwań dożylnych toluilen-dwuaminy i innych trucizn lub zwykłej wody przekroplonej w ilości od 20—30 cm^3. Wskutek nadmiernego rozpadu krwinek, wywołanego w ten sposób, występowała żółtaczka, bóle w okolicy wątroby i śledziony i t. d.

Doświadczenia te miały być dowodem, że żółtaczka hemolityczna powstaje wskutek obecności we krwi związków, niszczących krwinki, bądź też działających pierwotnie na szpik kostny, wywołując tam wytwarzanie mniej odpornych krwinek. Ale takie substancje w postaci lizyn spotykano tylko w niektórych postaciach, które francuzi wyodrębnili pod nazwą *»icterus hémolysiniques«*. Naświetlania śledziony drażniącemi dawkami promieni Roentgena również (jak w naszym przypadku) dają obostrzenia żółtaczki hemolitycznej. Beckmann, który pierwszy przeprowadził te doświadczenia, otrzymał po takiem naświetlaniu śledziony zmniejszenie odporności krwinek i upatrywał w tem potwierdzenie wyłącznie śledzionowej teorji żółtaczki hemolitycznej. W naszym przypadku otrzymaliśmy po naświetlaniu wprawdzie wszystkie objawy obostrzenia, jak zwiększoną żółtaczkę i hiperbilirubinemję, zwiększoną urobilinurję, bole w okolicy wątroby i śledziony, ale odporność krwinek się zmniejszyła. Skłonni więc jesteśmy raczej do przypuszczenia, że mamy przy drażniących naświetlaniach śledziony do czynienia ze zwykłem przekrwieniem śledziony, a wskutek większego przepływu krwi, zawierającej mniej wartościowe krwinki, i ze zwiększonym ich rozpadem.

Aczkolwiek jednak dociekania teoretyczne, ani doświadczalne nie wyjaśniły dotychczas dostatecznie patogenezy wszystkich przypadków, dały one jednak klinice wskazówki do racjonalnego leczenia tego schorzenia. Powinno ono pójść w 3-ch kierunkach: zmniejszenie niedokrwistości, zwiększeniu odporności krwinek i zmniejszenie ich rozpadu. W wiele przypadkach poprawa niedokrwistości zapomocą spokoju,

dobrego powietrza i przetworów żelaza pozwala, jak podaje Brulé, choremu przetrwać okresy obostrzenia i wrócić do normalnego życia. Podawanie szpiku kostnego i arszeniku wszyscy autorowie bez wyjątku uważają za bezskuteczne.

Co się tyczy zwiększenia odporności krwinek, to najwięcej zasługuje na uwagę proponowane przez Semerau'a podawanie doustne 10% zawiesiny cholesteryny w oliwie w dużej ilości, masła, móżdżku, tranu i t. d.

Zalecano w tym samym celu zastrzyki małych dawek toluilen-dwuaminy (Herc i Erlichówna) i roztworów koloidalnych srebra (A. W. Fischer l. c.). Naszej chorej zaleciliśmy też tłuszcze i jaja w dużej ilości. Ale ta droga, prowadząca do samego tylko zmniejszenia niedokrwistości i zwiększenia odporności krwinek nie bywa dostateczna. Wypada tedy postarać się i o zmniejszenie rozpadu czerwonych ciałek.

W tym celu działaliśmy w naszym przypadku na śledzionę silnemi (p. wyżej) dawkami promieni X, otrzymując w ten sposób wynik, analogiczny do spostrzeżonego po wycięciu śledziony, jak poliglobulja, zniknięcie żółtaczki i hiperbilirubinemji, zmniejszenie się urobilinurji i zmniejszenie się śledziony.

Jedynie skargi podmiotowe nie ustępowały tak szybko, jak to może miało miejsce w opisanych przypadkach wycięcia śledziony. Przystąpiliśmy więc do zastrzyków wyżej opisanej cytrazy. Chora po tych zastrzykach w szybkim czasie tak się poprawiła, że uważała siebie za zupełnie zdolną do pracy. W przypadku, opisanym przez Faure-Beaulieu i Mouguin'a, poprawa wystąpiła po samych tylko naświetlaniach śledziony promieniami Roentgena bez zastosowania żelaza, chociaż stan ogólny chorego, jakoteż stan krwi były o wiele cięższe, niż w naszym przypadku.

Widzimy stąd, że promienie Roentgena w żółtaczce hemolitycznej są środkiem nie do pogardzenia, że w przypadkach, gdzie naświetlanie promieniami X samo nie daje wyników natychmiastowych, jednoczesne zastosowanie żelaza w połączeniu z cytrynianami, zwiększającemi odporność czerwonych ciałek, może zadecydować o wyniku leczenia.

Streszczając się, dochodzimy do wniosku, że, z powodu wielkiej różnolitości w przebiegu żółtaczki hemolitycznej, nie wszystkie przypadki należy leczyć jednakowo.

Splenektomja nie jest jej jedynem leczeniem. W przypadkach lekkich i średnio-ciężkich należy zacząć od odpowiedniego leczenia żelazem, ewentualnie cytrazą i przetworami lub pokarmami, zawierającemi dużo cholesteryny. W razie nieotrzymania wyraźnego i trwałego wyniku, należy stosować naświetlania śledziony znacznemi dawkami promieni Roentgena.

A dopiero, gdy takie postępowanie zawodzi, jak to się zdarza w przypadkach najcięższych, należy przystąpić do wycięcia śledziony.

Piśmiennictwo:

1) Brulé. Les ictères hémolitiques w Pathologie Médicale T. XII. Foie et Pancréas Maloine et Fils 1920. — 2) Idem. Recherches sur les ictèrus. Masson 1922. — 3) Oscar Gross. Medizinische Klinik Nr. 19. 1920. — 4) Gänsslen. Deutsch. Archiv für klin. Med. Nr. 140. — 5) Idem et ibidem. Nr. 146. — 6) Eppinger. Die Hepato-Lienalen Erkrankungen. 1920. — 7) Idem. Allgemeine und Spezielle Pathologie des Icterus w Krauss-Brugsch Spezielle Pathologie und Ther. der Inner. Krank. T. VI, II polow. — 8) Jolly. Traité d'Hématologie T. II. Maloine 1923. — 9) Lewin C. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 9. 1920. — 10) Faure-Beaulieu et Mouquin. Bullet. Soc. Med. Hôpit. Paris. Nr. 21. 1924. — 11) Losio. Presse Med. Nr. 31. 1920 (referat). — 12) Herc. O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych. Kraków 1910. Druk Uniw. Jagiell. 13) Idem i Mamrot Archives de Méd. exper. et d'anat. path. T. XXIV. Nr. 5. Paris. 1912. — 14) Herz i S. Sterling. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej. Warszawa 1912. Druk Kobralewskiego. (Odczyty kliniczne). — 15) Meulengracht. Deutsche Archiv für klin. Med. T. 136. 1921. — 16) Marjanko. Polska Gaz. Lekarska Nr. 39. 1924. — 17) Normet. Presse Méd. Nr. 3. 1925. — 18) Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1923. — 19) Semerau. Polska Gaz. Lekarska Nr. 34 i 35. 1922. — 20) Gordon Ward. Presse Méd. Nr. 31. 1920 (referat). — 21) Idem et ibidem. Nr. 33. 1920 (referat).

Dr. Alfred KRAUSS. Lwów.

Dwa przypadki śródbłoniaka (endothelioma) wśród mięśni uda.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Schramm.

Części miękkie uda pomijając tkankę skórną są siedliskiem dość częstem guzów nowotworowych pierwotnych. Pod względem anatomo-patologicznym nowotwory te należą przeważnie do grupy tkanki łącznej. Spotykamy więc tam, począwszy od dobrotliwych tłuszczaków, włókniaków skąpo komórkowych o przewadze tkanki łącznej, aż do najzłośliwszych mięsaków. Te ostatnie zwykle mylnie zwane mięsakami powięzi szerokiej wychodzą najczęściej z mięśni, względnie przestrzeni łączno tkankowej okolicy mięśni przywodzących, a przy dalszym swym wzroście ukazują się w okolicy powięzi szerokiej uda i z tego powodu mylnie jako mięsaki tej ostatniej bywają rozpoznawane. Spotykamy tam naczyniaki, śródbłoniaki, chrzęstniaki, nerwiaki i t. p. Wszystkie te jednak nowotwory wychodzą bądź z tkanki podskórnej, bądź z większych przestrzeni łączno-tkankowych, rzadko bardzo znajdujemy je w mięśniu. Z powodu, że obydwa guzy które mam zamiar opisać znalezione zostały w mięśniach zajmę się sprawami nowotworowemi tylko tych ostatnich. Tkanka mięsna jest w schorzenia nowotworowe bardzo uboga. Mięśnie uda nie stanowią pod tym względem wyjątku. Patologja ich jest we wszystkich sprawach chorobowych nowotworowych, najzupełniej równa mięśniom innych okolic. Zaznaczę tylko ogólnie i krótko, że z nowotworów grupy tkanki łącznej spotykamy w mięśniu włókniaki, wyjątkowo jednak rzadko, tak, że niektórzy autorowie przeczą wogóle występowaniu ich w mięśniu i odnoszą te sprawy do nagromadzeń tkanki łącznej pozapalnej. Nerwiaki również występują wyjątkowo. Chrzęstniaki, mięsako-chrzęstniaki *(Chondrosarcoma)* kostniaki są to wszystko wyjątkowe sprawy w mięśniu. Mięśniak prążkowany *(Rhabdomyoma)* zdaje się wogóle w tkance mięsnej nie występuje. Tłuszczak zdarza się już częściej. Zestawienia dawniejszego piśmiennictwa obejmują około dwanaście przypadków przeważnie jednak umiejscowionych w języku, który gęsto przerastały tkanką łączną z obfitością tłuszczu, z silnie rozwiniętym systemem limfatycznym, zajmuje miejsce poniekąd uprzywilejowane pod względem patologji nowotworowej śród mięśni.

Częstszem o wiele schorzeniem mięśnia jest mięsak, (często można na komórkach zauważyć poprzeczne prążkowanie wskazujące na pochodzenie ich z tkanki mięsnej) Dentu i Delbet zestawili w r. 1907 opisane w literaturze 70 przypadków mięsaków. Częstość ich występowania wśród mięśni odpowiada według nich, częstości przypadków naczyniaka. Nowsza statystyka Giuseppe Piperata obejmująca 46 mięsaków kończyn dolnych wykazuje umiejscowionych w mięśniach, przypadków 5, wypada więc na każde 15 nowotworów mięsakowatych nogi 1 umiejscowiony w mięśniach. Pod względem anatomicznym i klinicznym nie przedstawiały one nic szczególnego.

Dość częstym, względnie nowotworem mięśni jest naczyniak, którym szczególnie chirurdzy bardzo się zajmowali, Virchow pierwszy zwrócił uwagę na rzadkie umiejscowienie tych spraw w mięśniu, sam zaobserwował tylko jeden przypadek; guzek wielkości orzecha laskowego wśród mięśni kłęba palca wielkiego, a z dawniejszych przypadków zestawił 9 podobnych. Od tego czasu skrzętnie zbierano i opisywano te nowotwory, tak, że Sutnera potem Kolaszek w obszernej pracy zestawili 95 przypadków. Ostatnie zestawienie Colego obejmuje już 164 przypadków. Według Kolaszka z 95 przypadków, 19 wypadało na mięśnie uda. Wiek chorych, młody. Kobiety przeważały w stosunku 2 : 3. Anatomicznie przedstawiały te nowotwory utkanie naczyniowe z większą lub mniejszą ilością tkanki łącznej. Choć klinicznie niektóre z nich ulegały nawrotom uparcie i zachowywały się niekoniecznie dobrotliwie ogarniając coraz większe przestrzenie, to jednak anatomicznie utkania atypowego nie stwierdzono nigdzie i zwyrodnienie złośliwe tych guzów według

zdania Kolaszka i Sutnera zdaje się nie występuje. Że tak nie zawsze bywa wskazuje poniżej przytoczony przypadek Ulricha, oraz Linsera gdzie naczyniak taki uległszy zwyrodnieniu złośliwemu wywołał w jednym przypadku w bardzo krótkim czasie zejście śmiertelne.

Zaznaczyć jednak należy, że wszystkie te opisane naczyniaki w ścisłem słowa znaczeniu jednak, nowotworami nie są, a raczej tylko podobnymi do nich. Brak im bowiem istotnej cechy nowotworowej wytwarzania nowych naczyń. Pod drobnowidem nie stwierdzamy bowiem bujania nowotworowego nigdzie. Uważać je należy tylko za okręgi naczyniowe, które uległy wadzie rozwojowej za *hamartia*, względnie *hamartomata*, które pod względem klinicznym mogą nam imponować, jako sprawy nowotworowe.

Naczyniaki limfatyczne są bardzo rzadkie. Z trzech przypadków zestawionych przez Ritschla (jeden z nich opisany przez Lückego) jeden zdaje się nie wychodzi zupełnie z mięśni, tylko z torebek ścięgnistych dłoni, z dalszych dwu umiejscowionych w mięśniach uda jeden przedstawia się, jako naczyniak mieszany (*Lymphangioma mixtum*). Z drugiej jednak strony możliwem jest bardzo, że wiele naczyniaków limfatycznych mylnie do krwionośnych zostało zaliczonych, gdyż z zawartości krwi w większych przestrzeniach naczyniowych, zbyt pochopnie wyciągano wnioski, choć zawartość krwawa, jako mogąca się dostać wtórnie nie rozstrzyga zupełnie o pochodzeniu.

Podczas, gdy naczyniaki polegają na nowotworowem wytwarzaniu naczyń, to w przypadku, gdy w bujaniu nowotworowem bierze udział tylko tkanka angjoplastyczna (*endothelium* względnie *perithelium)* mamy do czynienia z naczyniakiem mięsakowatym *(angioma sarcomatodes, sarcoma angio-plasticum* z *endo* lub *perithelioma*.

Śródbłoniak, jako wyraz bujania nowotworowego śródbłonków naczyń wyłonił się z ogólnego pojęcia mięsaka. Lambl zwrócił pierwszy uwagę na podobieństwo komórek nowotworowych jakiegoś mięsaka z opony twardej, ze śródbłonkiem (1860) a Recklinghausen wykazał w r. 1862 punkt wyjścia bujania nowotworowego w przez siebie opisanym nowotworze jamy oczodołowej, wyściółkę przestrzeni chłonnych Nazwę *endothelioma* podał Golgi Camilo w r. 1869 opisując piaszczak *(Psammoma)* opony twardej. Od tego czasu śródbłoniakiem zajmowano się bardzo żywo. Przy końcu zeszłego stulecia uznano możność bujania nowotworowego śródbłonków, ale stwierdzano je prawie we wszystskich mięsakach, tak, że n. p. Kütner przy 97 nowotworach mięsakowatych gruczołu podszczękowego znalazł aż 61 śródbłoniaków. Podobnie zapatruje się i Burghardt. Wiele śródbłoniaków tkanki podskórnej okazało się później rakami kromprecherowskiemi. Fick jeszcze w r. 1909 uważa wszystkie *endotheliomata* skóry za pochodne naskórka.

Obecnie jednak, kiedy odrębność histo-patologiczna śródbłoniaka została już ogólnie uznaną, częstość jego występowania znacznie zmalała. Jednak nie należy on do rzadkości.

Według Borsta dzielimy *endotheliomata* na *limphangioendotheliomata* i *haemangioendotheliomata*. Te ostatnie są o wiele rzadsze. Jako charakterystyczną cechę śródbłoniaków podaje Borst ścisłe złączenie komórek nowotworowych z tkanką podścieliskową. W śródbłoniakach na niskiej stopie rozwojowej budowa siatkowata u dojrzalszych form cylindryczna, tubularna. Skłonność do zmian wstecznych, do zwyrodnienia hialinowego i do zwyrodnienia śluzowego, skłonność do układania się komórek cebulasto dookoła naczyń, poczem zwapnienie. Zachowaniem się śródłoniaków pod względem klinicznym zajmowali się szczególnie chirurdzy bardzo żywo. Wobec jednak zbyt częstego rozpoznawania tych spraw ze strony patologów dawniejsze statystyki mało są dla nas obecnie wartościowe. Hinsberg podaje w swej statystyce, gdzie odliczywszy raki wargi dolnej z pozostającej reszty 46 owrzodzeń nowotworowych na głowie, rozpoznanych klinicznie jako raki, badanie histologiczne wykazało 13 razy *endothelioma*. Nic dziwnego, że nie znajduje on cech, któreby go odróżniły od raka. Burkhardt, który zajmował się śródbłoniakiem nie znajduje różnic wobec mięsaka. Scriba tylko i Tanaka podają, jako cechy charakterystyczne dla śródbłoniaków, pozwalające je klinicznie odróżnić: miękkie chełbocące gruczoły, uporczywość, nawrotów, przerzuty *per continuitatem* (guz macierzysty wysyła wypustki, które rosną a natrafiwszy na odpowiednie podłoże rozrastają się tworząc nowe ogniska). Z nowszego piśmiennictwa wiemy, że śródbłoniak występuje czasem dobrotliwie, czasem też złośliwie, i choć miejscowo działa często destrukcyjnie, oraz często ulega nawrotom, to jednak niema skłonności do uogólniania się i wywoływania charłactwa. Śródbłoniaki pochodzące z naczyń chłonnych dają częściej przerzuty niż pochodne naczyń krwionośnych. Klasycznemi miejscami występowania śródbłoniaków są: tkanka podskórna, gardło, podniebienie, nos, opony mózgowe, wreszcie narządy wewnętrzne, jak nerka, śledziona, jajnik i t. d. Spotykamy je też w gruczole sutkowym, oraz niekiedy w języku. Wyjątkowem siedliskiem śródbłoniaka może być tkanka mięsna. Nadzwyczaj rzadka lokalizacja śródbłoniaka w mięśniu, usprawiedliwia ogłoszenie moich przypadków a znalezione w dostępnem mi piśmiennictwie dwa podobne przypadki, przytaczam w skróceniu wraz z mojemi:

Pierwszy przypadek: chora K. B. Lp. kl. 11/25 lat 24, wolna, krawczyni, dziedzicznie nie obciążona, chorób dzieciństwa nie pamięta, zawsze była zdrowa, chorobę obecną datuje od 3 lat, zauważyła guz w połowie uda po stronie mięśni wyprostnych, nie bolesny, stale powiększający się, twierdzi stanowczo, że nigdy w to miejsce nie uderzyła się, chodzenie i stanie bardzo utrudnione, występują wtedy bóle. Stan obecny: wzrost, budowa odżywienie dobre, skóra elastyczna, tkanka tłuszczowa dobrze utrzymana, głowa bez zmian, granice płuc prawidłowe, prawidłowo-ruchome, wypuk wszędzie jawny, drżenie po obydwu stronach równie silnie wyczuwalne, szmery pęcherzykowe, nad prawym szczytem wydech słyszalny. Serce w granicach prawidłowych, po 2 tony czyste, jama brzuszna bez zmian. W połowie uda po stronie mięśnia prostego, guz wielkości głowy dziecka, skóra blada, żyły skórne rozszerzone. Guz twardy niebolesny, ruchomość lekka przy mięśniu zwiotczałym na boki, żadna ku górze i dołowi, ruchomość znika, przy mięśniu napiętym, tak samo zacierają się przedtem wyraźnie kontury. Chełbotania nie stwierdza się nigdzie. Gruczoły pachwinowe niemacalne, odruchy żywe. W znieczuleniu miejscowem przez obstrzykanie, wykonano zabieg operacyjny (prof. Dr. Schramm). Cięcie skórne podłużne poprzez największą wypukłość guza, po rozsunięciu wiązek mięśnia prostego zaczęto uwalniać guz silnie naczyniami połączony z otoczeniem. Uwalnianie bardzo mozolne z powodu obfitego krwawienia. Po usunięciu guza założono na wiązki mięsne kilka szwów kiszkowych poczem zeszyto skórę, pozostawiając dwa sączki. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chora po 10 dniach opuszcza klinikę. Guz makroskopowo 19×17×16 cm. Torebka wszędzie dobrze rozwinięta. Zewsząd wnikają naczynia krwionośne. Na przekroju zupełnie jednolity bardzo silnie ukrwiony. Przegrodami tkanki łącznej podzielony na zrazy, a te na zraziki. W przegrodach biegną większe naczynia. Pod drobnowidem guz ten przedstawia się następująco: Przedewszystkiem widać rusztowanie utworzone z włókien delikatnych tkanki łącznej w ilości dość skąpej,rusztowanie to ma kształt wyraźnej siatki. Wśród tej tkanki łącznej biegną liczne naczynia krwionośne o charakterze naczyń włosowatych, porozszerzane, wyścielone wyraźnym, zupełnie prawidłowym śródbłonkiem. W naczyniach widać dobrze utrzymane krwinki. Naczynia te wraz z tkanką łączną jak już wspomniałem, tworzą regularną sieć. Oczka tej sieci szczególniej w partjach obwodowych, tuż pod torebką guza, wyścielone są jednowarstwowym śródbłonkiem, który tworzy w ten sposób przewody i przestrzenie. Komórki wyścielające owe przewody mają kształt nieco wydłużony, ilość protoplazmy skąpa, jądra tych komórek barwią się dość ciemno. Komórki te siedzą silnie na swej podstawie z tkanki łącznej utworzonej, okalają światło przewodu wąskiego, wewnątrz zupełnie pustego. Komórki te robią wrażenie nieco napęczniałych komórek śródbłonków naczyń. Tak jednak przedstawia się budowa tego guza tylko w częściach obwodowych. W miejscach położonych bardziej ku środkowi spotykamy te komórki ulegające całemu szeregowi zmian. Przedewszystkiem komórki powiększają się, zatracają swój pierwotny kształt i stają się więcej okrągłe o kształtach i wielkości nierównej. Jądra ich pęcherzykowate okrągłe jasne. Komórki te przylegają luźnie do ściany naczynia odrywają się tu i ówdzie i leżą wtedy w świetle o wiele szerszem niż w obwodowych partjach. Protoplazma komórek obfita, barwi się silnie, gdzieniegdzie słabiej, eozyną na czerwono. Jądra jasne leżą bądź w środku komórki bądź na obwodzie. Są jeszcze miejsca gdzie komórki te jeszcze bardziej się zmieniły. Stały się one wielkie, kształtu zupełnie nieregularnego i różnego. Jądra barwią się rozmaicie, jedne silnie inne bardzo blado, gdzieniegdzie widać liczne komórki bezjądrzaste a w miejscu jądra widzimy wodniczki. Pierwoszcz barwi się bądź blado-różowo z wybitną ziarnistością, albo też silniej, a wtedy wiecej jednostajnie. W wielu komórkach widzimy wodniczki, które spychają przy-

płaszczone jądra ku obwodowi. W opisanych partjach komórki są przeważnie złuszczone, wypełniają ściśle przewody leżąc obok siebie w szerokiem świetle naczynia, nieliczne tylko trzymają się ściany. Obraz ten robi wrażenie tkanki jednolitej gniazd komórkowych otoczonych tkanką łączną z naczyniami. Miejsca te gdzieniegdzie podobne są przy pobieżnem oglądaniu do poprzecznie



Ryc. 1.



Ryc. 2.

przeciętych pęczków zwyrodniałych mięśni. Komórki te wyglądają jednak zupełnie dobrotliwie i obok zmian wstecznych (hialinizacja wakualizacja) nie wykazują nigdzie cech złośliwych. Na podstawie obrazu histopatologicznego szczególnie obwodowych części guza mamy do czynienia z śródbłoniakiem o cechach dobrotliwych, którego komórki uległy daleko idącym zmianom wstecznym.

Drugi przypadek: F. F. Lp. Kl. 208/24. lat 42, zamężna, żona robotnika, dziedzicznie nie obciążona, chorób dzieciństwa nie pamięta. Dalsze wywiady bez znaczenia. Przed dwudziestu laty operowana z powodu przepukliny udowej, wtedy wyjęto też guz mały z mięśnia prostego. Po trzech latach nawrót guza, operacja 2-ga. Po dalszych kilku latach dalsze nawroty, operacja 3-cia, 4-ta, 5-ta, 6-ta, ostatnia przed rokiem. Obecnie bardzo silna bolesność całej nogi, niemożność chodzenia, ogólne osłabienie. Stan obecny: Chora wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, odżywienia bardzo lichego, podściółka tłuszczowa zanikła. Cera ziemisto blada, błony śluzowe widzialne blade, z odcieniem sinawym. Głowa bez zmian, klatka piersiowa dobrze wysklepiona, kąt łuków prosty. Po stronie lewej granice płuc prawidłowe, prawidłowo-ruchome, wypuk jawny, szmery pęcherzykowe. Po stronie prawej do trzeciego żebra wypuk jawny, z tyłu do grzebienia łopatki, dalej zupełnie stłumiony. Drżenie po stronie prawej zniesione, szmery pęcherzykowe w szczycie zaostrzone, nad partjami stłumionemi zniesione. Nakłucie wykazuje treść krwawą. Pod drobnowidem krwinki. Serce: granice prawidłowe, 2 tony głuche, podmuch nad koniuszkiem. Jama brzuszna bez zmian. Kończyna dolna prawa atroficzna w całości. Podudzie silnie obrzękłe. Nad kolanem kilka blizn twardych bolesnych nieprzesuwalnych. Po stronie zewnętrznej stwierdza się w głębi stwardnienie tkliwe przy ucisku nieruchome, zupełnie ze skórą zrośnięte. Granic nie wyczuwa się. W jednym miejscu chełbotanie. Nakłócie próbne wykazuje krwinki oraz rozpadłe masy elementów morfotycznych. (Pod drobnowidem). Gruczoły chłonne pachwinowe niemacalne. Prześwietlenie roentgenowskie płuc wykazało: szczyty oba równo ustawione. Pole płucne po stronie prawej do trzeciego żebra dalej ku dołowi silniej zaćmione i zagęszczone. Po stronie lewej jasne. Gruczoły wnękowe zwapniałe obustronnie. Rozpoznanie: mięsak uda w nawrocie z przerzutem w płucu prawem. Wobec bardzo silnej bolesności w nodze przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wykonano w znieczuleniu Rodzińskiego amputację w górnej $^1/_3$ uda (Dr. Janik). Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chora otrzymała przed odejściem 2 naświetlania promieniami Roentgena klatki piersiowej. Badanie odjętej nogi wykazuje: naciek nowotworowy wielkości dwu pięści, obejmuje mięśnie wyprostne zrośnięte z kością i przechodzi bez wyraźnej granicy w tkankę zdrową. Wzdłuż naczyń naciek szerzy się kilka cm. dalej. Badanie drobnowidowe linji cięcia nacieku nowotworowego nie wykazuje. Skrawek guza przedstawia się pod drobnowidem następująco: Do pewnego stopnia budowa jego przedstawia się podobnie jak budowa guza poprzedniego, tylko tkanka łączna podścieliskowa bardzo silnie rozwinięta wykazuje charakter zbity, naczyń krw. w niej stwierdza się tylko bardzo skąpą ilość. Gdzieniegdzie widać wybroczyny krwawe, liczne krwinki, wśród tkanki miejscami bardzo liczne kryształki hemosyderyny w komórkach. Dookoła naczyń widać tu i ówdzie rozrzucone okrągłe komórki miejscami dość liczne. Wśród tej tkanki łącznej stwierdzamy liczne bardzo szczelinki najrozmaitszej wielkości i kształtu, wyścielone komórkami. Nie we wszystkich jednak miejscach komórki te zachowują się i wyglądają tak samo. W jednych miejscach komórki są dość płaskie o wyraźnem jądrze, trzymają się silniej ściany naczynia i robią podobnie jak w pierwszym guzie wrażenie komórek śródbłonkowych nieco tylko obrzękłych. W przeważnej jednak ilości miejsc, komórki te mają kształty najrozmaitsze. Na ogół okrągłe, wielkość ich jest różna. Komórki te układają się w kilka warstw, łuszczą się bardzo obficie, wypełniają wtedy szczelnie przewody robiąc wrażenie jednolitych gniazd komórkowych, otoczonych tkanką łączną. Spotykamy też dość liczne figury karjokinetyczne. Na podstawie, tak jak w pierwszym przypadku, tych miejsc, gdzie śródbłonek jest dobrze utrzymany, przechodząc później bezpośrednio w komórki nowotworowe więcej zmienione, możemy rozpoznać bujanie nowotworowe z zakresu śródbłonków na ogół podobne do poprzedniego z powodu jednak polimorfji ze wszystkiemi cechami bujania złośliwego.

Przechodząc z kolei rzeczy do przypadków znalezionych w dostępnem mi piśmiennictwie przytoczę wpierw w skróceniu przypadek Linsera.

Schorzenie dotyczy kobiety l. 44. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Jakiegokolwiek urazu zaprzecza, od dwóch lat skarży się na bole przy staniu w okolicy podkolanowej. Stwierdzono guz twardy, który w znieczuleniu ogólnem łatwo dał się usunąć. Guz wielkości 16×9×8 leżał wśród mięśnia brzuchatego. Guz otoczony torebką wykazuje zupełne zwapnienie, tak, że przeciąć udało się tylko piłką. Na rozkroju jednolite, drobnowidowo można rozróżnić dwie części, które wzajemnie w siebie bez ostrej granicy przechodzą. Obwodowa, gdzie przeważają przestrzenie naczyniowe i centralna, gdzie występuje utkanie więcej zbite. W części obwodowej spotykamy wśród rusztowania nieregularnego naczyń krwionośnych utkanie typowe dla naczyniaka. Wśród tego miejscami grupki komórek nowotworowych morfologicznie odpowiadające bujającym śródbłonkom. W centrum komórki te stają się więcej wrzecionowate i układają się w twory współśrodkowe dookoła naczyń, przypominając perły rakowe.

Przypadek Ulricha, pierwszy, przedstawia się nam w streszczeniu następująco: żołnierz 24-letni dziedzicznie nie obciążony chorobę swą datuje od czterech miesięcy. Pierwsze objawy krwioplucie. Odesłany do szpitala z podejrzeniem na gruźlicę. Czternaście dni przed śmiercią wystąpił po przeziębieniu ostry nieżyt oskrzeli, wkrótce potem objawy wysięku jamy opłucnowej. Chełbocące wypuklenie z tyłu w okolicy 10 i 11 żebra (sądzono, że ma się do czynienia z **empyema necessitatis**) punkcja wykazała czystą krew.

Wśród objawów ostrej niedokrwistości z powodu skrwawienia się do jamy opłucnowej zejście śmiertelne. Sekcja wykazała oprócz zmian bez znaczenia: Między mięśniem najszerszym grzbietu, oraz zębatym tylnym dolnym naczyniowy **hamartom** wśród tego **hamartomu** rozwija się ognisko nowotworowe złożone z bujającej tkanki naczyniowej w szczególności śródbłonków oraz nieco tkanki łącznej. Śródbłonki miejscami usamodzielnione przybierają utkania mięsakowate miejscami tworzą włosowate naczynia, a w szczelinach więcej zróżnicowanych naczyń włosowatych znajdują się krwinki. Wiele obrazów dzielenia się komórek, polimorfja, oraz szczątki zniszczonej tkanki wskazują na złośliwe bujanie.

Typ komórek odpowiada komórkom śródbłonka. W płucach mnogie drobne ogniska przerzutowe o budowie tej samej. Śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia większej przestrzeni naczyniowej i skrwawienia się do jamy opłucnowej.

Drugi przypadek Ulricha: 64-letni rolnik, 15. VI. wstąpił do szpitala, w trzy dni później zmarł. Historja choroby w całości. Silny mężczyzna, na plecach guz twardy nieruchomy, nietętniący, na potylicy dwa wrzody wałowate, takie same nad lewem kącikiem ust, dwa małe pod szczęką dolną. Wsztrzykiwanie salwarsanu. Wymioty, duszność i zejście śmiertelne. Sekcja obok innych mało znaczących zmian wykazuje: zapalenie nerek, zapalenie jelit, zapalenie woreczka żółciowego ropne (mocznica?). Wielokrotne guzy krwawe w prawym mięśniu czworobocznym w obydwu mięśniach czterogłowych uda, oraz w pachwinie, kilka przerzutów w płucach. Drobnowidowo komórki nowotworowe śródbłonkowe rosną w najdrobniejszych przestrzeniach (Saftspalten) wypełniają je tworząc wyraźne przestrzenie naczyniowe, miejscami tworzą naczynia włosowate, miejscami więcej mięsakowate utkanie. Tu i ówdzie większe przestrzenie naczyniowe. Tkankę podścieliskową uzyskują z tkanki autochtonnej czyniąc ją twardą, sklerotyczną ze skłonnością do hialinizacji. Dość często spotyka się wylewy krwawe. Wszędzie polimorfja i wygląd złośliwy. Rozpoznanie: **angioendothelioma** bez możności stwierdzenia pochodzenia z naczyń chłonnych czy krwionośnych.

Rozpatrując powyższe przypadki, widzimy, że w dwu przypadkach mianowicie Ulricha w 1-ym oraz przypadku Linsera, punktem wyjścia bujania nowotworowego był dotychczas ogólnie za dobrotliwy twór uważany *hamarton* naczyniowy. Naczyniaki takie uważamy obecnie za sprawę wrodzoną. Dziecko rodzi się bądź już z wykształconym takim naczyniakiem, bądź istnieje on w zawiązku. Co jednak skłania takie zaburzenie rozwojowe do szybszego powiększania się i do zamanifestowania się klinicznie nie wiemy. Reclus i Magintot przypisywali urazowi w tej sprawie wielką wagę. Sutner, Kolaszek, uraz odrzucają zupełnie, a szybki wzrost według nich wywołują czynniki nam na razie nieznane. Dziedziczności przy występowaniu naczyniaków nie zauważono z wyjątkiem przypadku Fulkrigera, gdzie mężczyzna 24-letni z naczyniakiem w mięśniach stopy podaje, że matka jego w tem samem miejscu miała takie same schorzenie. Pozatem dziedziczności nie stwierdzono. Nie stojąc bynajmniej na stanowiskach dziedziczenia tych spraw chorobowych zaznaczyć chcę, że przy zwyczajnem nie zbyt dokładnem badaniu w tym kierunku wywiady zawieść często muszą, po pierwsze: *hamartom* mały nie rosnący może być tak umiejscowiony, że osobnik przez całe życie może go nie zauważyć (n. p. pierwszy przypadek Ulricha gdzie klinicznie zamanifestował się guz dopiero w 4-tym miesiącu po wystąpieniu pierwszych objawów klinicznych a te, krwioplucia były już wyrazem daleko posuniętych spraw przerzutowych w płucach. Gdyby zwyrodnienie złośliwe nie nastąpiło osobnik ów nigdyby nie wiedział, że posiada jakiś nowotwór w mięśniach pleców i wywiady wypadłyby zupełnie ujemnie) po drugie, przy obciążeniu wstecznem heterozygotycznem może dane schorzenie przez szereg pokoleń dziedziczyć się bez ujawnienia się na zewnątrz dopiero przy małżeństwie z takim samym osobnikiem cecha regresywna ujawnia się u dzieci. Jaki był punkt wyjścia nowotworów, w reszcie przypadków, czy naczynia krwionośne czy chłonne, powiedzieć się nie da. Co takie komórki śródbłonka naczyń względnie hamartomu do bujania atypowego pobudza nie wiemy, i zapatrywania nasze są te same, jakie mamy w odniesieniu do innych spraw nowotworowych. W przeciwieństwie do raka, przy mięsakach jednorazowy silny uraz fizyczny stoi bezsprzecznie w związku przyczynowym z następowym wzrostem nowotworowym, związek ten zachodzi w około 4 - 8% wszystkich mięsaków jak to wykazały statystyki Lengnika, Löwensteina, Eunikego. Co się tyczy urazu przy śródbłoniaku to znalazłem jeden tylko przypadek Nathera gdzie na stopie po silnym urazie wystąpił złośliwy śródbłoniak w miejscu urazu.

W przytoczonych wyżej przypadkach moja pierwsza chora zaprzecza urazu zupełnie, druga nie przypomina sobie czy uraz zachodził, tak samo zaprzecza chora Linsera. Inni autorowie nie wspominają o tem wyraźnie.

Nowotwory te w mięśniu przedstawiały się bądź jako dobrotliwie rosnące guzy pod każdym względem odpowiadające przebiegowi klinicznemu włókniaka, ulegające ewentualnie zwapnieniu albo jako typowy mięsak powstały po latach w miejscu włókniaka kilkakrotnie ulegającego nawrotom, z przerzutami drogą krwionośną do płuc. Wreszcie jako gwałtownie powiększający się naczyniak z przerzutami w płucach szybko kończący się śmiercią ze skrwawienia. Drugi wreszcie przypadek Ulricha: mnogie rozpadające się nacieki przedstawiające się klinicznie podobnie jak kilaki. Podnieść wreszcie należy, że w żadnym przypadku nie było nacieków gruczołów limfatycznych a przerzuty odbywały się wyłącznie drogą krwionośną.

Rozpoznanie przytoczonych spraw polegających na nowotworowem bujaniu śródbłonków czy to jako wyraz zwyrodnienia złośliwego naczyniaka, czy to samoistnie natrafia z racji swego różnorodnego zachowania się klinicznego na znaczne trudności. W żadnym przypadku przytoczonym przed badaniem histopatologicznem rozpoznania *endothelioma* nie postawiono. Bieg badania klinicznego powinien być mniej więcej następujący: stwierdzenie siedziby guza w mięśniu. Pomoże nam w tem pewna ruchomość guza przy zwiotczałym mięśniu w kierunku prostopadłym do osi długiej mięśnia. Słaba albo żadna ruchomość w kierunku przyczepów mięśnia. Zniknięcie a przynajmniej znaczne upośledzenie ruchomości przy mięśniu napiętym oraz zatarcie się konturów przedtem wyraźniejszych. Wywiady wykazują upośledzenie czynności danego mięśnia. Obmacywaniem stwierdzić można spoistość przy powierzchownem umiejscowieniu. Gąbczasta konsystencja i guz objętość którego można przez ucisk zmniejszyć, pozwoli nam rozpoznać naczyniaka, a przy szybszym wzroście możemy przypuszczać ewentualnie zwyrodnienie złośliwe. Gdy obmacywaniem stwierdzimy guz twardy, dobrze ograniczony to niema jeszcze ścisłych danych do rozróżnienia tych rzadkich dobrotliwych guzów pomiędzy sobą i wreszcie do odróżnienia go od ograniczonego względnie częstego naczyniaka włóknistego. W przypadkach gdy sprawa nowotworowa rośnie bez ścisłych granic, mięsakowato, uporczywość nawrotów wolne stosunkowo uleganie zwyrodnieniu złośliwemu, przebieg schorzenia długi będzie przemawiał raczej za bujaniem nowotworowem śródbłonków niż tkanki łącznej. Że przy śródbłoniaku możemy mieć wieloogniskowe bujanie wskazuje drugi przypadek Ulricha. Guzy te były podobne do schorzenia kiłowego stąd leczenie salwarsanem. Rozstrzygnąć sprawę mogło tylko badanie histologiczne skrawka próbnego.

O rokowaniu przy śródbłoniaku w mięśniu, wobec małej ilości zebranych przypadków trudno mówić, widać jednak, że sa tu reprezentowane przypadki bezprzykładne w swej złośliwości oraz przypadki zachowujące się zupełnie dobrotliwie. Sądząc, że śródbłoniak mięśnia nie stanowi wyjątku należy tak jak wobec innych śródbłoniaków zachowywać się nieufnie i odpowiednio do tego zastosować leczenie. Ogół autorów zajmuje wobec śródbłoniaka z wyjątkiem dobrotliwych łatwo dających się wyłuszczyć guzów stanowisko takie same jak wobec mięsaka.

Piśmiennictwo.

1) Aschoff: Anatomische Pathologie. — 2) Burghardt Endotheliome und Sarcome. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 36/1. — 3) Braun: Arch. f. Kl, Chir. 43. — 4) Coli: In Diss Kiel 1913. — 5) Dentu, Delbet: Traité de Chirurgie 1907 — 6) Furlgröger: Über Angioma, Cavern. Inaugur. Diss. Kiel 1903. — 7) Fick: Deutsche. Zeitschr. für Dermat. 1909. — 8) Garre, Kütner, Lexer: 9) Hinsberg: End. der Gesichtshaut. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. 24/275. — 10) Jerchel, Bruns: Beiträge 85. — 11) Kryger: Festschr. de Univ. Erlangen 1901 eine seltene Geschwulstform in der Zunge. — 12) Kaufmann 13) Kolaschek: Deutsch Zeitschr. der Chirurgie 9 und 13. — 14) Küttner: Ziegler's Beiträge 1898 -- 15) Kolaszek: Beiträge f. Kl. Chir. 56. — 16) Linser: Über

verkalkte Endotheliome und Epitheliome. Bruns Beiträge 26/595.— 17) Lengnick: Dtsch. Ztschr. f. Chir. 52. — 18) Löwenstein: Bruns Beiträge 48. — 19) Eunice: Deutsch. Zeitschr. für Chir. 1919. — 20) Nather: Virchov's Archiv. 31. — 21) Perthes: Brun's Beiträge 12/585. — 22) Putti: Arch. für klin. Chirurgie 79. — 23) Piparata Guiseppe: Deutsche Zeitschr für Chirurgie 1909. — 24) Reclus i Magintot: sur deux cas ang. primit. de muscl. stri. revue de Chir. 26 XXXIII/709. — 25) Ritter: Deutsche Zeitscht. für Chirurgie 50. — 26) Ritschl: d. Z. f. Ch. 15. — 27) Sutner: D. Z. f Ch. 76. — 28) Słownik lekarski polski. — 29) Tanaka: Dtsch. Zeitsch. t. Chir. 51/?09. — 30) Volkmann: Über end. Geschw. D Kl. Ch. 41. — 31) Ulrich: 2 Fälle über malign. prim. Muskelangion Virchov's Archiv. 230,622.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Nr. 10. 1925.

Doléris. **Kiła eksperymentalna.** Autor podaje wyniki badań badaczy argentyńskich Jauregui i Lancelotti nad kiłą eksperymentalną u lamy, jak również ich pierwsze wyniki stosowania seroterapji.

Dotychczasowe próby przeniesienia kiły na zwierzęta, aczkolwiek z rezultatami pozytywnemi (małpy wyższe, króliki), nie doprowadziły do odkrycia sposobu lub substancji, przygodnej do terapji.

Wybór lamy, jako zwierzęcia doświadczalnego, był podyktowany przekonaniem, rozpowszechnionem w pewnych krajach Ameryki Południowej, że zwierzę to bardzo łatwo zaraża się kiłą i było w epoce b. dawnej czynnikiem, rozpowszechniającym tę chorobę.

Źródła historyczne wskazują na rozpowszechnienie się kiły w tych krajach już w XII. wieku, a w XVI. wieku Gomara (1552 r.) pisze: »mieszkańcy są wszyscy kilakowi *(bubosos)*, zarażeni kiłą *(buba)*, spotykanym u lama«.

Bestjalstwo czynione przez pastuchów z samicami, spowodowało Inków do wydania prawa, że człowiek, któremu udowodniono stosunek z lamą, był duszony, potem spalony razem ze swemi szatami.

Kiła u lamy rozwija się prawie tak samo, jak u człowieka, oddzielne okresy jedynie szybciej po sobie następują. Wrzód twardy powstaje w punkcie zaszczepienia około 15-go dnia po zakażeniu. Okres drugi, objawiający się podobnież jak u człowieka *(roseola, papula, macula,* erosje skóry, gruczoły) zaczyna się około 40—50 ego dnia choroby i trwa 4 do 6 miesięcy.

Okres trzeci, przeważnie ukryty, objawia się głównie przez *papulae* łuszczące, trudne do spostrzeżenia z powodu pokrycia skóry wełną. Na sekcji w trzecim okresie znajdujemy kilaki wątroby, nerek, płuc, przerost lewego serca, zmiany w aorcie i w naczyniach, zmiany w kościach, w systemie nerwowym. Nigdy nie znaleziono zmian w jądrach ani w jajnikach.

W 25—30 miesięcy po zniknięciu objawów wtórnych bez żadnych objawów poprzedzających (niekiedy jedynie zły stan ogólny, osłabnięcie i postępujące wciąż chudnięcie) występują nagle ciężkie objawy nerwowe. Następują porażenia członków, kurcze, prawdziwe kryzy tężcowe. W kilka dni potem następuje śmierć. Średni okres całego przebiegu schorzenia trwa około trzech lat.

Jauregui i Lancelotti otrzymali na surowicy ludzkiej na pożywce beztlenowej kultury krętka bladego, które okazały się jadowite dla człowieka. Kultury te, osłabione przez ogrzewanie ponad 41°, były użyte do uodpornienia zwierząt.

Lama zdrowa była szczepiona za pomocą ½ cm sz. zawartości rurki (krętki+jady) z osłabioną kulturą. Brak odczynu lokalnego. Podobne szczepienia były powtarzane 10 do 15 razy, przechodząc za każdym razem do kultury mniej osłabionej, kończąc szczepienie zarazkami o jadowitości najwyższej.

Po sprawdzeniu uodporniania, surowica tych zwierząt była zdatna do leczenia przeciwkiłowego.

Surowica ta okazała się zdolna wyleczyć kiłę lamy w pierwszym okresie i w czasie pierwszych kilku tygodni drugiego okresu. U lam, u których stosowano surowicę w II. okresie, wysypka rozwija się wcześniej i jest bardzo słabo rozwinięta, gdy przeciwnie u lam nieleczonych okres ten przebiega b. ostro z obfitą wysypką.

Wstrzykiwania surowicy stosują autorzy 15 do 40 po 2 cm sz. Samice zakażone, ronią zwykle w 6 lub 7-ym miesiącu (ciąża u lamy trwa zwykle 11 miesięcy), rzadziej donoszą do końca, lecz wtedy rodzą się nieżywe z oznakami kiły dziedzicznej. Samice leczone w pierwszych tygodniach ciąży (do 2 miesięcy) zdrowieją, poronienia nie ustępują, a potomstwo rodzi się zdrowe, co dowodzi, że seroterapja zadziałała na matkę i na płód.

Seroterapja dała u lamy całkowite wyleczenie (po 5—7 latach obserwacji).

Seroterapja kiły była przedsięwzięta w Buenos Aires, gdzie stosowano ją z górą u 40 chorych w pierwszym okresie. Po stwierdzeniu odczynu Wassermanna dodatniego zastrzykiwano u nich co drugi dzień po 2 cm sz. surowicy podskórnie, póki odczyn nie stał się ujemny. Rezultaty były wspaniałe, lecz nie u wszystkich chorych do tej pory dało się sprawdzać odczyn Wa, gdyż chorzy ozdrowieni nie zgłaszają się. Jedynie u 6 chorych od trzech lat jest sprawdzany, stale ujemny, jak również nie występują u nich żadne objawy. W jednym przypadku bardzo ciężkie wszelkie objawy ustąpiły zupełnie po 3—6 zastrzykach (6—12 dni) od początku leczenia. Trzeba zaznaczyć, że w Ameryce Południowej przypadki kiły przebiegają bardzo ciężko.

U dwu chorych w drugim okresie wysypka znikła po ósmym względnie dziesiątym dniu leczenia, odczyn zaś Wassermanna stał się ujemnym po 30-ym względnie 40 ym zastrzyku.

J. Saidman. **Lampa z promieniami ultrafioletowemi mogąca być wprowadzona do jam ciała.** Autor zbudował lampę o przekroju 7—8 milimetrów, która wysyła promienie ultrafioletowe. Niezbędny prąd elektryczny jest dostarczony przez mały transformator. Aparat ten pozwala naświetlać promienieniami pozafiołkowemi zbliska różne jamy ciała, jak jama ustna, pochwa, prostnica. Lampą tą naświetlają z powodzeniem:

1) w ginekologji: owrzodzenia szyjki macicznej;

2) w stomatologji: w *pyorrhea alveolaris* daje rezultaty nadzwyczaj szybkie;

3) naświetlania fissur ano-rektalnych;

4) w laryngologji: w Ameryce używają podobnych lamp do leczenia gruźlicy krtani i do niszczenia zarazków błoniczych u roznosicieli;

5) również w niektórych schorzeniach ocznych oddaje świetne usługi.

Nr. 11. 1925.

L. Bernard, R. Debré, M. Lelong. **Wyniki profilaksji przeciwgruźliczej u małych dzieci przez seperacje od ich gruźliczych rodziców.** Autorzy podają rezultaty seperacji noworodków od ich gruźliczych rodziców, zastosowanej przed 5 laty. Z 265 dzieci, oddzielonych bezpośrednio po urodzeniu, żadne nie zmarło na gruźlicę; jedno tylko miało odczyn skórny dodatni. Śmiertelność — nieco większa w pierwszym miesiącu — spadła po 3-im miesiącu do 6%.

Z 175 dzieci, oddzielonych od gruźliczych rodziców dopiero po pewnym okresie czasu, zmarło na gruźlicę 7,6%.

66 dzieci pozostawiono u ich gruźliczych rodziców, śmiertelność wśród nich wyniosła 82%.

Liczby powyższe wyraźnie wskazują na wartość separacji noworodków od ich gruźliczych rodziców.

Nr. 12. 1925.

Levaditi, Nicolau, Schoen. **Sposób resorbcji połączeń bizmutu.** Autorzy przeprowadzili badania nad resorbcją połączeń bizmutowych zapomocą specjalnej przez nich podanej metody histochemicznej; a pozwalającej znaleść bizmut w ilościach 20 miligramów (20 μ).

Na podstawie owych badań dochodzę do wniosków następujących:

1. Resorbcja połączenia bizmutu podanego domięśniowo zależna jest od jego rozpuszczalności. Podczas gdy przetwory nierozpuszczalne pozostają przez czas dłuższy w miejscu zastrzyknięcia i resorbują się tylko bardzo powoli i stopniowo, połączenia rozpuszczalne są asymilowane szybko. Eliminacja nagła i masowa połączeń rozpuszczalnych może wywołać zmiany nerkowe, zupełnie nieobecne przy zastosowaniu połączeń nierozpuszczalnych w dawkach znacznie wyższych.

2. Połączenia nierozpuszczalne bizmutu są resorbowane bardzo powoli po przedwstępnem rozpuszczeniu w zetknięciu z tkanką. Proces lokalny proteolizy leukocytowej ułatwia to rozpuszczanie. Połączenia bizmutowe w ten sposób przygotowane łączą się z białkiem, tworząc, połączenie proteobizmutowe. W tej postaci bizmut krąży w organiźmie i jest wydalany przez nerki.

3. Miejscowo tworzy się w mięśniu degeneracja i zwapnienie, które to objawy odczynowe są bardziej zaznaczone przy stosowaniu połączeń nierozpuszczalnych, niż rozpuszczalnych lub proteobizmutowych.

Między temi ostatniemi bismaksyl sprawia najmniejsze lokalne zaburzenia.

4. Obecność składu nierozpuszczalnych soli bizmutowych w mięśniach, jest źródłem eliminacji bizmutu przez szereg miesięcy, nieuszkadzającej nerek, a wystarczającej do spirochetolizy.

Chabanier, Lebert i Lobo-Onell. **Insulina w leczeniu 160 przypadków cukrzycy.** Autorzy stosowali insulinę w 160 przypadkach, z tego w 12 przypadkach śpiączki, 90 ciężkich cukrzyc, 35 — lżejszych, 20 — u których stosowano zabieg operacyjny i w 3 przypadkach kwasicy bez cukromoczu.

Insulinę stosowali autorzy regularnie, długi czas po zniknięciu glikozurji w dużych dawkach (80—160 jednostek klin. dziennie). Nadto — w czem różnią się od sposobu przyjętego przez większość autorów — proponuję dawać podczas leczenia insulinowego możliwie największą ilość węglowodanów, korzystając z tego, że insulina przemienia chorego cukrzycowego w osobnika normalnego lub zbliżonego do normalnego. Sposób ten zmniejsza zresztą znacznie prawdopodobieństwo wystąpienia objawów hipoglikemji.

Na 50.000 zastrzyków spostrzegli jedynie trzy razy zaburzenia, mogące pochodzić od insuliny, a które ustąpiły szybko po jednym zastrzyku cukru.

Podawanie możliwie największej ilości węglowodanów przyczynia się też do znacznej podwyżki wagi (nie wskutek retencji wody). W przeciwieństwie do większości autorów, uważających insulinę za uzupełnienie ograniczenia węglowodanów, Chabenier proponuje insulinę uważać jako podstawę leczenia cukrzycy, ograniczenie zaś węglowodanów, jako wtórne, usuwane w miarę poprawy stanu ogólnego osobnika.

K. Tyszka (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 7.: M. Flaum: Zjazdy Lekarzy i Przyrodników. — M. Higier: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. H. Brokman: Pojęcie konstytucji i usposobienia w chorobach zakaźnych ostrych. — E. Herman: O krwotokach podpajęczynkowych. — M. Gantz: O samouleczalności gruźlicy z punktu widzenia kliniczno-biologicznego. — L. Wertenstein: O pierwiastkach promieniotwórczych. — M. Curie: O otrzymywaniu pierwiastków radjoaktywnych. — M. Floksztrumpf: Współczesne pojęcie o radzie, jego właściwościach biologicznych i leczniczych. — O. Bujwid: Niszczący wpływ wody na bakterje. — Z Kołodziejska i K. Funk: Porównanie działania farmakologicznego rozmaitych preparatów insulinowych. — H. Landau: O podziale choroby Brighta. E. Witkowski: W sprawie operowania raka prostnicy. — J. Mackiewicz: O potrzebie i metodach badania czynnościowego w zakresie zachorzeń gruczołów dokrewnych. M. Landsberg: O badaniu czynnościowem nerek z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. — M. Landsberg: Z nowszych badań nad fizjologją i patologją wątroby. — L. Endelman: Współczesne poglądy na istotę i drogi powstawania krótkowzroczności. — B. Karbowski: Z problematów aktualnych otologji. — H. Sparrowa: Nowa metoda leczenia szczepionkami według Besredki.

Lekarz wojskowy Nr. 4. r. 1925: G. Szulc: Zagadnienie żywienia armji w świetle nauki o witaminach. — L. Rosenblum: O wpływie żółci na szczepy pneumokokowe. — E. Pęski: Służba sanitarna w wojskowem więzieniu karnem. — W. Missiuro: Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego i sportu.

Nr. 6.: G. Szulc: Wydatek energji żołnierza polskiego a jego potrzeby pokarmowe. — P. Lenarczyk: Hodowla roślin lekarskich. — W. Missiuro: Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego.

Prace Zakładów Anatomji Patologicznej Uniwersytetów Polskich T. I. zesz. 3 i 4: Pięćdziesięciolecie pracy Profesora Browicza. — S. Ciechanowski i J. Morozowa: W sprawie nowotworów posmołowych u królika. — I. Ogólny przebieg zmian posmołowych u królika. — M. Wilhelmi: II. Przebieg zmian nabłonka w nowotworach posmołowych u królika. — E. Szczeklik: III. Zachowanie się podścieliska w nowotworach posmołowych u królika. — W. Melanowski: Badania kliniczne i anatomo-patologiczne nad zmianami w oczach w zapaleniu nerek. — H. Schusterówna: O zachowaniu się figur karjokinetycznych w tkance przedrakowej i w raku oraz o ich znaczeniu dla powstawania tkanki nowotworowej. — T. Bartoszek: Doświadczalny rak smołowy u białych myszy. — Z. Dopijowa: Igła krawiecka w prawej komorze serca. — J. Warchocki: Pierwotny mnogi nowotwór szpiku kostnego z licznemi przerzutami. — T Ostrowski: W sprawie przeszczepiania chrząstek nasadowych u ludzi. — W. Nowicki: Przyczynki do anatomji patologicznej pierwotnych nowotworów serca i ich rozpoznania za życia. — K. Gerner: Tarczyca a gruźlica płuc. — W. Janusz: Samotna trichomikoza środkowego układu nerwowego. — W. Grabowski: W sprawie pierwotnych nabłonkowych nowotworów złośliwych mózgu na podstawie przypadku spostrzeganego.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. II. Zesz. II.: A. Wrzosek: Założenie królewskiej szkoły lekarskiej w Grodnie. — L. Wachholz: O szpitalach innowierców w Krakowie. — J. Pawiński: Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie terapji chorób serca i naczyń w ubiegłym XIX. stuleciu. — Fr. Giedroyć: Lekarze cudzoziemcy w Polsce w r. 1831. — Z. Klukowski: Organizacja pomocy lekarskiej dla włościan w Ordynacji Nieświeskiej książąt Radziwiłłów w pierwszej połowie XIX. wieku. — H. Nusbaum: Rozwój pojęcia o zjawisku życia od schyłku w. XVII. do początków w. XIX. — Wł. Szumowski: O związku przyczynowym w medycynie. — A. Wrzosek: Powstanie Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Poznańskim. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego. — Listy Izydora Kopernickiego do J. Talko-Hryncewicza. — W. Janusz: Uzupełniająca notatka do bibljografji słownictwa lekarskiego.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej Tom II. Z. 2. A. Stefanowski: Prof. Kazimierz Rzętkowski. K. Rzętkowski: W sprawie zawartości chlorków w skórze ludzi zdrowych i chorych. — E. Reicher: O działaniu adrenaliny na suchą substancję i skład morfologiczny krwi. — F. Białokur: W sprawie szczepień przeciwgruźliczych. — W. Filiński i W. Proszowski: O zachowaniu się wskaźnika katalazy w niedokrwistości złośliwej. — B. Schulberg: Stosunek dziesiątego żebra wolnego do gruźlicy z punktu widzenia statystyki klinicznej. — S. Cytronberg: Zawartość azotu pozabiałkowego w treści dwunastniczej w przewlekłych przypadkach schorzeń nerkowych połączonych z azocicą. — A. Wieczorek: Spostrzeżenia nad techniką badania krwi przy określaniu odsetek leukocytów w związku z ich właściwościami.

T. II. Z. 3. E. Reicher: O działaniu adrenaliny na prace serca. — J. Węgierko: O znaczeniu klinicznem określania stopnia chwiejności koloidowej osocza. — M. Wierzuchowski: Dożylne stosowanie peptonu w dychawicy oskrzelowej. — S. Cytronberg: Zawartość azotu pozabiałkowego w treści dwunastnicy w przewlekłych schorzeniach nerkowych, połączonych z azocicą. - A. Wieczorek: Spostrzeżenia nad techniką badania krwi przy określaniu odsetek leukocytów w związku z ich właściwościami.

T. II. Z. IV. Ś. p. Józef Pawiński. — Statut Tow. Internistów Polskich. — V-ty Zjazd Internistów Polskich. — M. Franke: Patogeneza i znaczenie najważniejszych objawów klinicznych choroby Brighta. — A. Landau: O chorobie Brighta. W. Janowski: Kamica żółciowa ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

Medycyna doświadczalna i społeczna. T. IV. Z. 1—2. S Bagiński: Badania doświadczalne nad ciałami tłuszczowatemi w nadnerczach ssaków. — E Herman i W. Halberówna: Badania nad obecnością izoaglutynin i opadaniem krwinek

w płynie mózgowo-rdzeniowym. — J. Kaulbersz: O wpływie niektórych alkaloidów na wydzielanie soku trzustkowego po wprowadzeniu sekretyny do krwi, jako przyczynek do poznania mechanizmu działania sekretyny. — Sierakowski i Zajdlówna: O bakterjach powodujących próchnicę zębów. — E. Sieliwanowa: O zachowaniu się zarazka duru osutkowego w organizmie ptaków. — L. Anigstein: Studja zbiorowe Komisji Ligi Narodów nad malarją w Europie południowej i wschodniej. — Z. Karłowski: Szczepionka przeciwko wściekliźnie. — K. Dąbrowski, L. Hirszfeld, S. Rudzki, Z. Szymanowski: Sprawozdanie Komisji wysłanej przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia do Kopenhagi dla zapoznania się ze stanem obecnym badań nad działaniem sanokryzyny.

Polski Przegląd Chirurgiczny T. IV. Z. 2.: R. Rodziński: Kilka uwag z chirurgji doświadczalnej trzustki. — T. Bułkiewicz: Uśpienie hedonalowe dożylne. — J. Walc: Rzadkie powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.

Ginekologja polska, tom IV. zesz. 1—3. r. 1925. Treść. Prace orygin.: Z. Monsiorski, M. Porajski, D. Wyszogród: W sprawie zakażeń połogowych. — L. Lorentowicz; W sprawie patogenezy torbieli pochwowych. — H. Beck: Znieczulenie krzyżowolędźwiowe. Streszczenia zbiorowe: Torończyk: O diatermji. — M. Zwejgbaum: Notatki językowe terminologiczne.

Zesz. 4—6. r. 1925.: A. Czyżewicz: W sprawie opanowania krwotoku z powodu całkowitego wynicowania macicy w połogu. — B. Grzankowski: W sprawie postępowania w poronieniach na podstawie 1233 przypadków. — H. Beck: Przypadek maceracji skóry żywego płodu. — Bajoński: Promienie Roentgena a rany pooperacyjne. — H. Gromadzki: Ciąża jajnikowa. — K. Wiślański: Znaczenie odczynu Botelho w położnictwie i chorobach kobiecych. — K. Gawroński: Carcinoma tubae secundarium. — T. Hellerówna i E. Better: Zagadnienie niepłodności w świetle nowej metody rozpoznawczej (przedmuchiwanie trąbek). — L. Jaźwiński: Słoniowacizna warg małych. — A. Natanson: O tak zwanych mięsakach pierwotnych pochwy u dzieci. — M Zwejgbaum: Notatki językowe i terminologiczne. — T. Zawodziński: Z morfologji i biologji dwoinki rzeżączkowej na zasadzie nowszej literatury.

Pedjatrja Polska T. V. Zesz. 1. i 2. E. Flatau: O znaczeniu rozpoznawczem objawu erekcyjnego w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych. — Cz. Jastrzębski i T. Kopeć: Przypadek rzadkiej wrodzonej wady serca. — St. Kramsztyk: W sprawie leczenia krztuśca. — A. Szwajkart: O skórze marmurkowej (cutis marmorata venenata) i jej znaczeniu rozpoznawczem. — R. Stankiewicz: Dietyka czerwonki u dzieci. R. Barański i M. Bussel: Kilka uwag o chorobie Tay-Sachsa. — W. Mikułowski: W sprawie żółtaczki zakaźnej. H. Brokman: Leczenia tężyczki w okresie czynnym. — L. Hescheles: O klinice, losach i leczeniu dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną. — H. Frenklowa: Przyczynek do rozpoznania i leczenia ostrego wgłobienia jelit u niemowląt. — Kazuistyka: M. Erlichówna, R. Stankiewicz: Dwa przypadki ostrej białaczki limfatycznej. — Gromski i Melanowski: Przypadek zapalenia urazowego opon mózgowych z obustronną tarczą zastoinową zakończony wyleczeniem. Streszczenia zbiorowe: J. Salberżanka: O zapobieganiu odrze. — S. Łyskawiński: O leczeniu zapalenia płuc wstrzykiwaniami chininy. — H. Brokman i H. Hirszfeldowa: Współczesne badania nad płonicą. — Fr. Cieszyński: Patogenetyczne znaczenie czerwi pospolitych.

Nowiny Psychjatryczne. Rok II. kwart. 2. 1925.: Siemionkin: O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego. Paolo Amaldi: Alkoholizm a choroby psychiczne we Włoszech. V. M. Buscaino: Badania nad patogenezą zespołu ekstrapiramidowego amencji i otępienia wczesnego. — G. Bonasera: Gruźlica a choroby psychiczne.

Polska dentystyka R. III. Nr. 3—4. A. Cieszyński: Nowe sposoby zdjęć roentgenowskich stereoskopowych szczęk i zębów. — J. Jarząb: Czy torbiel korzeniowa może pochodzić od zęba ze zdrową miazgą? — Wł. Czarnecki: Korona metalowa na zęby przednie z trzech części zbudowana. — H. Allerhand: O współczesnem leczeniu korzeni. — Cieszyński: Stomatologja we Francji.

Przegląd dentystyczny. R. V., Nr. 5. S. Sierakowski i R. Zajdlówna: O bakterjach powodujących próchnicę zębów. — A. Gruszczyński: Powikłania przy sporządzaniu obturatorów podniebiennych.

Nr. 6.: K. Turczyński: Słów parę o stopach złota wogóle, a o stopach z palladem w szczególności. — A. Gruszczyński: Parę przypadków ropni języka.

Wychowanie fizyczne: R. VI. Z. 2. S. Szuman: Badania nad rozwojem chodu u dziecka. — A. Tarnawski: O chodzeniu boso i pielęgnowaniu nóg.

Zdrowie. Rok XL. Nr. 3. 1925. Dr. W. Chodźko: Walka o opium. — Nauczanie higjeny w szkołach. Dr. St. Rudzki: Wrażenia z Danji.

Nr. 4: J. Węgierko: Witaminy.

Nr 5.: W. Gądzikiewicz: Tlen rozpuszczony w wodzie i jego znaczenie dla oceny stopnia zanieczyszczenia wód. — W. Chodźko: Walka o opium.

Lekarz polski: R. I. Nr. 1. C. Kujawski: Stanowisko lekarza urzędowego wobec świadectw lekarskich. — S. Czerwiński: Artykuł 528 k. k. w związku z instrukcją dla lekarzy, urzędów i punktów sanitarno-obyczajowych.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. R. XVI. Nr. 1 L. Korczyński: Postulaty polskiego zdrojownictwa. — T. Cybulski: Dzieci polskie nad włoskie morze? — W. Skórczewski: O znaczeniu leczniczem wody ze zdroju Zubera. — Z. Wąsowicz: Z sezonu 1924 r. w naszych zdrojowiskach.

Przemysł chemiczny. Nr. 4. kwiecień 1925. Treść: Cz. Grabowski i J. Bornstein: Zjawiska w kolumnie rektyfikacyjnej w oświetleniu graficznem. — Tad. Kuczyński: Koagulacja przez wstrząsy i drgania.

Nr. 5. J. Bielecki: Urząd narodowy badań naukowych, przemysłowych i wynalazków we Francji. — Cz. Grabowski i J. Bornstein: Zjawiska w kolumnie rektyfikacyjnej w oświetleniu graficznem (c. d.). — S. Zaleski: Żelazokrzem.

Ruch filozoficzny, tom LX. Nr. 1 i 2, kwiecień 1925.: Głosy w sprawie słowiańskiego Zjazdu filozoficznego.

Opieka nad dzieckiem. Nr. 2, marzec-kwiecień 1925.: Dr. K. Pawlikowski: Ochrona dziecka od gruźlicy, jako podstawowe zadanie w zwalczaniu gruźlicy. — A. Szererowa: Porada zawodowa dla młodocianych. — Dr. J. Balicka: Głód powietrza u dziatwy szkolnej. — Dr. B. Mikłaszewski: Alkoholizm wśród dzieci szkół powszechnych w Łodzi. — Dr. Zylberblast-Zandowa: Dziecko nerwowe. — Dr. A. Klęsk: Jak obchodzą się w domu z dzieckiem upośledzonem.

Nr. 3. maj-czerwiec 1925. A. Mogilnicki: Szkoły specjalne dla dzieci szczególnie uzdolnionych. — W. Miklaszewski: Występne. — K. Pawlikowski: Ogólne wytyczne organizacji opieki nad dziećmi-kalekami. — J. Korczak: Podwórko internatu.

Przyroda i Technika. R. IV. Z. 5. W. Gorzechowski: O przemianach pierwiastków promieniotwórczych. — E. Wilczkiewicz: Fotogrametrja. — R. Kuntze: O zjawisku perjodycznej rójki chrabąszczy.

Z. 6.: A. Zierhoffer: Skorupa ziemi i izostazja. — W. Szaynok: Hydrotorf. — W. Wrażaj: Rozwój hutnictwa żelaza.

Dr. Maksymiljan MOSLER. Lwów.

Przychodnie Przeciwgruźlicze dla funkcjonarjuszów państwowych.

(Referat, odczytany na posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie dnia 27 maja 1925).

Na zasadzie art. 10 ustawy z dnia 9 października 1923 r.; o uposażeniu funkcjonarjuszów państwowych (Dz. U. Nr. 116, poz. 924), art. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1923 r., o uposażeniu sędziów i prokuratorów (Dz. U. Nr. 134 poz. 1107) oraz art. 43 ustawy z dnia 11. grudnia 1923 r., o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszów państwowych (Dz. U. z roku 1924 Nr. 6, poz. 46) funkcjonarjusze państwowi, pozostający w czynnej służbie, i członkowie ich rodzin i funkcjonarjusze państwowi, przeniesieni w stan spoczynku po 1. października 1923 r., mają prawo do państwowej pomocy lekarskiej.

Chorzy przeto funkcjonarjusze państwowi i członkowie ich rodzin, jakoteż uprawnieni emeryci wogóle, a tem samem i także chorzy na gruźlicę, mają prawo do leczenia się na koszt Skarbu Państwa. Należy odpowiedzieć na pytanie, czy chorzy na gruźlicę mają zapewnioną dostateczną opiekę lekarską, opartą o państwową pomoc lekarską, w szczególności w mieście Lwowie, gdzie jest najwięcej przypadków zachorowania na gruźlicę.

Aby na to odpowiedzieć, należy w krótkości zaznajomić się, jak jest zorganizowana państwowa pomoc lekarska w mieście Lwowie.

Jest czynną poradnia lekarska codziennie od godziny 10—15. Zasadniczo chorzy zgłaszają się po poradę lekarską do tej poradni, gdzie zajętych jest 4 lekarzy internistów. Ciężko chorych odwiedzają ci lekarze w domu chorych. Nadto jest ustanowionych 3 lekarzy specjalistów, a mianowicie: ginekolog, wenerolog i dentysta. Zabiegi operacyjne wykonuje się w szpitalach. W tych ramach udziela się pomoc lekarską także chorym na gruźlicę.

Pod względem lecznictwa chorzy na gruźlicę są traktowani równorzędnie, jak chorzy na każdą inną chorobę, mimo, że Rada Ministrów, organizując państwową pomoc lekarską reskryptem z dnia 2 lipca 1924 r., Dz. Ust. Nr. 73, uczyniła wyjątek dla chorych na gruźlicę, a tem samem uznała potrzebę wyjątkowych zarządzeń na rzecz chorych dotkniętych gruźlicą.

Wspomniany reskrypt Rady Ministrów zezwala na udzielanie zapomóg na leczenie klimatyczne w Uzdrowisku. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) w reskrypcie z dnia 23 października 1923 r. Nr.. Z. O. 6919 wyjaśnia, w których Uzdrowiskach musi się odbyć leczenie klimatyczne, jeżeli chory uzyskuje zapomogę kuracyjną, i wyjaśnia również, że ta zapomoga kuracyjna może być udzielona jedynie w przypadkach przewlekłych cierpień dróg oddechowych na tle swoistem.

Są to ograniczenia w udzielaniu zapomóg kuracyjnych, atoli nie mniej jest uczyniony w pomocy lekarskiej wyjątek dla chorych na gruźlicę dróg oddechowych. Analogicznie postępując winna także państwowa pomoc lekarska zająć się oddzielnie chorymi na gruźlicę, to znaczy, że należy tych chorych otoczyć specjalną opieką i poddawać badaniu i leczeniu przez wyszkolone do tego siły.

Nie będę się rozwodził nad ogromem spustoszenia, jakie wyrządza gruźlica wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin — atoli muszę zaznaczyć, że państwowa pomoc lekarska, urządzona i prowadzona w dotychczasowy sposób, nie może sprostać zadaniu i potrzebie otoczenia szczególniejszą opieką chorego na gruźlicę i jego rodzinę przez cały długi czas trwania choroby.

Obecnie chory na gruźlicę zostaje zbadany przez lekarza, uzyskuje od niego poradę lekarską i wskazówki, w jaki sposób ma postępować, otrzymuje receptę na lekarstwa, poczem wychodzi z ewidencji lekarskiej, o ile nie zgłosi się ponownie po poradę lekarską. Chory czuje, że zostaje pozostawiony sobie samemu, i ze niema nad sobą stałej a tak mu potrzebnej opieki lekarskiej. Wiadomem jest, że gruźlica wśród rzeszy urzędniczej jest chorobą bardzo silnie rozpowszechnioną. I tak np. w roku 1924 na 13.307 chorych w mieście Lwowie sprawdzono 1.708 zachorowań na cierpienie dróg oddechowych, a zatem więcej niż siódma część wszystkich chorych zapadła na cierpienia dróg oddechowych. Na 13.307 zgłoszonych chorych w roku 1924 w mieście Lwowie — stwierdzono 797 chorych na gruźlicę, a zatem każdy 16-ty chory, zgłoszony był jako chory na gruźlicę. Z 1.708 wypadków zachorowań dróg oddechowych było 797 przypadków chorych na gruźlicę t. j. prawie połowa takich chorych wypada na gruźlicę. Na dowód, że gruźlica jest chorobą bardzo rozpowszechnioną wśród funkcjonarjuszów państwowych, pozwolę sobie podać do wiadomości jeszcze następujące daty. W Wojewódzkim Wydziale Zdrowia badano w roku 1924 — 343 funkcjonarjuszów państwowych, którzy zgłosili się, jako chorzy i niezdolni do pełnienia służby, lub prosili o urlop dla poratowania zdrowia. W tych 343 przypadkach sprawdzono 43 chorych na gruźlicę, to znaczy, że każdy 7-my zgłoszony chory funkcjonarjusz państwowy był chory na gruźlicę. Już te liczby wykazują ogrom klęski, jaką wyrządza gruźlica wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin i udowadniają potrzebę szczególniejszych zarządzeń dla pomocy tym chorym i dla walki z tą chorobą. Nadto wiadomem jest, że gruźlica w początkach swych jest bardzo trudna do rozpoznania i przebiegać może pod postacią różnych chorób. Wczesne rozpoznanie gruźlicy jest jednem z najważniejszych zadań przy prowadzeniu walki z gruźlicą. Temu bardzo ważnemu zadaniu w obecny sposób prowadzona pomoc lekarska sprostać nie może. Nie zezwala na to sposób zajęcia lekarzy w poradni i brak środków, jakie są do tego potrzebne.

Reasumując powyższe, stwierdza się, że gruźlica jest bardzo rozpowszechniona wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin, że w dotychczasowy sposób prowadzona państwowa pomoc lekarska nierozporządza środkami, na podstawie których możnaby rozpoznawać wczesne okresy gruźlicy, a nadto nie może otoczyć chorego potrzebną opieką przez cały czas trwania choroby — wobec tego uznaje się potrzebę wydania specjalnych zarządzeń co do leczenia tych chorych i co do walki z tą chorobą. Między innemi należy jaknajszybciej przystąpić do stworzenia osobnej przychodni przeciwgruźliczej dla funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin, na razie w mieście Lwowie. Przychodnia byłaby pomieszczoną w lokalu, jaki obecnie zajmuje poradnia i byłaby czynną w godzinach, w których lokal nie jest zajęty przez poradnię. Na czele przychodni musiałby być ustanowiony lekarz-specjalista dla chorób gruźliczych. Obok lekarza musiałaby przychodnia mieć co najmniej dwie wyszkolone wywiadowczynie, któreby postępowały w myśl wskazówek, udzielonych przez lekarza, i otaczały stałą opieką chorego i jego rodzinę. Wywiadowczynie byłyby stałym łącznikiem między chorymi a lekarzem. Przychodnia musiałaby być zaopatrzoną w mikroskop. Wojewódzki Wydział Zdrowia mógłby na rzecz przychodni odstąpić jeden z mikroskopów, jakie ma w przechowaniu.

Następnie budżet pomocy lekarskiej musiałby pokrywać wydatki potrzebne na otwarcie i prowadzenie tej przychodni, gdyż cały szereg spodziewanych i koniecznych wydatków nie znajduje pokrycia w obecnym budżecie państwowej pomocy lekarskiej.

Kończę następującemi wnioskami:

Wojewódzka Komisja do walki z gruźlicą uchwala:

1) Stwierdza się, że gruźlica jest bardzo rozpowszechniona wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin w mieście Lwowie.

2) Organizacja państwowej pomocy lekarskiej winna otoczyć specjalną opieką lekarską chorych na gruźlicę.

3) Organizacja powinna współdziałać w walce z gruźlicą.

4) Organizacja ta powinna na razie stworzyć w mieście Lwowie przychodnię przeciwgruźliczą dla funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin — wogóle dla chorych uprawnionych do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

II. posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, odbyte we Lwowie w sali konferencyjnej Wojew. w dniu 27. maja 1925.

1. Przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.
2. Walka z gruźlicą w armji. Ref. Gen. Dr. Zieliński.
3. Przychodnia przeciwgruźlicza dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin. Ref. Dr. Mosler.
4. Plan dalszej akcji w walce z gruźlicą. Ref. Dr. Mikołajski.

1) Dr. Mikołajski odczytuje protokół poprzedniego posiedzenia, który bez zmian przyjęto.

Przewodniczący podaje do wiadomości, że P. Wojewoda, uwzględniając uchwały Komisji z 20. maja b. r., powołał do Komisji p. Dra Marcina Selzera, jako Delegata Tow. szerzenia higieny wśród żydów, a do jej Komitetu wykonawczego p. Ochmana, Delegata Okręgowego Związku Kas chorych.

2) Gen. Dr. Zieliński odczytuje referat o walce z gruźlicą w armji. (Referat będzie drukowany w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

Przewodniczący dziękuje referentowi za zajmujący wykład, który zapoznał słuchaczy z nieznanemi dotąd dla nich szczegółami wojskowej organizacji walki z gruźlicą i wykazał, że organizacja ta, rozwinięta doskonale, obejmuje wszystkich wojskowych, chorych na gruźlicę i może być wzorem dla organizacji walki z gruźlicą wśród ludności cywilnej i powinna z nią współdziałać w ścisłem porozumieniu.

W dyskusji Prof. Dr. Rencki podnosi, że wojskowa walka z gruźlicą słusznie kładzie główny nacisk na zapobieganie gruźlicy.

Mówca nie przywiązuje większego znaczenia do krótkich parotygodniowych kursów przeciwgruźliczych dla lekarzy, gdyż należyte wyszkolenie specjalistów na tem polu wymaga długiego doświadczenia klinicznego i nabycia wprawy w ocenianiu każdego przypadku gruźlicy tak pod względem rozpoznawczym, jak rokowniczym i leczniczym. Takie gruntowne wyszkolenie powinna dawać Klinika chorób wewnętrznych i w tym celu jest niezbędnem utworzenie w niej osobnego oddziału dla gruźlicy, któryby umożliwiał pomieszczenie znaczniejszej liczby chorych na gruźlicę w różnych postaciach i w różnych okresach choroby przy zastosowaniu całego aparatu środków rozpoznawczych i leczniczych. O taki oddział kliniczny powinna się opierać Przychodnia wzorowa, którąby objęła społeczne i zapobiegawcze zwalczanie gruźlicy i była szkołą dla instytucji tego rodzaju.

Ponadto, idąc za wzorem wojskowości, należy otwierać osobne szpitale dla leczenia gruźlicy zamkniętej i gruźlicy otwartej u ludności cywilnej, a w istniejących szpitalach przeznaczać do tego celu osobne oddziały. Mowca wnosi tej treści rezolucję.

Dr. Selzer zapytuje referenta, co się dzieje z chorymi na gruźlicę, wychodzącymi z wojska, i czy o nich wojskowość donosi władzy cywilnej dla roztoczenia nad nimi opieki.

Dr. Węgrzynowski zauważa, że, według jego spostrzeżeń, w czasie służby wojskowej najwięcej chorych na gruźlicę spotyka się u żołnierzy, przybywających z okolic górskich. Podczas wojny światowej były nawiedzone gruźlicą szczególnie pułki bośniackie, dalej pułki rosyjskie z Kaukazu, a w Małopolsce żołnierze, pochodzący z okolic podkarpackich.

Dr. Kociuba dodaje do uwag Dra Węgrzynowskiego, że także wśród młodzieży szkolnej możnaby stwierdzić większą zapadalność na gruźlicę w szkołach w powiatach górskich, a zwłaszcza w Kołomyji, jednak co do Kołomyji wielką liczbę chorych na gruźlicę należy przypisać głównie bardzo zaniedbanym w tym mieście stosunkom sanitarnym, gdyż takiego zapylenia miasta i nieporządku, jak w Kołomyji, mówca nie widział w żadnem innem mieście.

Dr. Mikołajski nadmienia, że krzywizna zachorowań i skonów z gruźlicy w wojsku, przedstawiona przez referenta, jest analogiczną do nasilenia gruźlicy wśród ludności cywilnej. Po bardzo znacznym wzroście liczby zachorowań i skonów z gruźlicy w czasie wojny światowej Warszawa wykazuje spadek natychmiast po ustaniu wojny, poczynając od r. 1918, we Lwowie, gdzie wojna ciążyła na ludności jeszcze w latach 1918, 1919 i 19120, spadek ten ujawnia się dopiero w r. 1921, a obecnie Lwów ma śmiertelności z gruźlicy 35 na 10.000 mieszkańców, to jest o połowę mniejszą, niż przed wojną.

Szczegółowa statystyka wojskowa, operująca dużym materjałem, starannie zbadanym, mogłaby wyświetlić wiele zagadnień co do epidemjologji gruźlicy, a w szczególności stwierdzić, jaką rolę odgrywa w gruźlicy zakażenie koszarowe, jak przedstawia się nasilenie gruźlicy w różnych garnizonach pod wpływem lokalnych stosunków, jakie jest nasilenie gruźlicy w poszczególnych rodzajach broni i czy zauważa się różnicę zapadalności i śmiertelności z gruźlicy, zależną od rasy, a mianowicie, czy stosunkowo mniej jest chorych i zmarłych na gruźlicę wśród żołnierzy pochodzenia semickiego.

Gen. Dr. Zieliński odpowiada na postawione pytania, wyjaśnia między innemi, że o każdym chorym na gruźlicę, opuszczającym wojsko, donosi się lekarzom powiatowym, którzy też otrzymują zgłoszenie o wszystkich przypadkach zachorowań na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia i o skonach z gruźlicy.

Statystyka wojskowa w Polsce nie rozwinęła się jeszcze do tego stopnia, aby można z niej wysnuwać szczegółowe wnioski, jednak mówca jest zdania, że w ciągu najbliższych lat udoskonali się ona znacznie i da cenne wskazówki co do stanu fizycznego ludności.

Mówca podkreśla, że walka z gruźlicą w wojsku musi iść równolegle z walką z gruźlicą wśród ludności cywilnej.

Przewodniczący poddaje pod głosowanie rezolucje Prof. Renckiego, które jednogłośnie uchwalono.

3) Dr. Mosler referuje sprawę przychodni przeciwgruźliczej dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin. (Referat drukowany w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji zabierają głos: Dr. Węgrzynowski, Prof. Dr. Rencki, Dr. Kuhn, Dr. Lipski, Doc. Dr. Grek, Dr. Mikołajski, poczem jednogłośnie uchwalono rezolucję, domagającą się utworzenia we Lwowie przy ogólnej Przychodni dla funkcjonarjuszów państwowych i ich rodzin osobnego oddziału dla chorych na gruźlicę, który ma pozostawać pod kierownictwem specjalisty, posiadać wywiadowczynię i potrzebne urządzenia.

Nadto uchwalono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z przedstawieniem, że kredyty na zasiłki dla chorych na gruźlicę funkcjonarjuszy państwowych i członków ich rodzin na leczenie klimatyczne powinny być kilkakrotnie podwyższone, gdyż przy obecnym stanie tych kredytów korzystać z tych zasiłków mogą tylko bardzo nieliczne jednostki, a należyte zwalczanie gruźlicy, grasującej bardzo w sferach urzędniczych, jest niemożliwem.

4) Przewodniczący wyjaśnia, że aż do otrzymania z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia ostatecznej decyzji co do systemu organizacji walki z gruźlicą (dotychczasowa organizacja półrządowa albo prywatne Towarzystwo Przeciwgruźlicze) nie uważa za wskazane omawianie planów dalszej akcji przeciwgruźliczej, gdyż Komisja nie może wkraczać w zakres działania przyszłego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, jeśli nie otrzyma do tego upoważnienia.

Oględność pod tym względem nakazuje także reskrypt G. D. S. Z. z dnia 12. maja 1925 Nr. Z. H. 2826/25, otrzymany tu w dn. 23. maja b. r., w którym wyraźnie zaznaczono, że przy zorganizowaniu Towarzystwa Terytorjalnego będzie zbędne powoływanie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, jednak członkowie tej Komisji mogą z powodzeniem zostać członkami Towarzystwa.

Przewodniczący stwierdza, że ten reskrypt wydano jeszcze przed I. Zjazdem Przeciwgruźliczym i przed sformułowaniem przez Komisję opinji o projekcie statutu normalnego Towarzystw Przeciwgruźliczych, nie jest więc wykluczonem, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia weźmie pod rozwagę zarówno przebieg dyskusji na Zjeździe, jak i motywy, naprowadzone przez Komisję i zmodyfikuje swe stanowisko w sprawie reorganizacji walki z gruźlicą w Województwie Lwowskiem.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: Dr. Mosler w. r. — Za przewodniczącego: Dr. Mikołajski w. r.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. - Zjazdy.

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Przewodniczący M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie protokołu z posiedzenia poprzedniego (16. III. 1925 r.

2. Na zastępcę chorego sekretarza wybrano Z. Zakolską.

3. Sprawozdanie ze Zjazdu Francusko-Polskiego prof. Lotha.

Prof. Edward Loth, jako delegat Tow. Anatomicznego na Zjazd francusko-polski w Paryżu, komunikuje, że brał udział w pracach Zjazdu, oraz w wycieczce do Lyonu i na Rivierę francuską. W Paryżu konferował z sekretarzem Assotiation des Anatomistes dr. Augier'em w sprawie ewentualnego gremjalnego przystąpienia Tow. Anatomicznego do Assotiation des Anatomistes, w której to sprawie napotkał całkowite zrozumienie. Z prac anatomicznych Zjazdu francusko-polskiego należy podkreślić referaty histologiczne, wygłoszone przez prof. W. Szymonowicza ze Lwowa i referat morfologiczny prof. E. Lotha z Warszawy. Pozatem prof. E. Loth miał wykład dla studentów: „La signification des variations morfologiques et leurs importance dans la médecine“, który się cieszył powodzeniem. W czasie wycieczki zwiedził poza tem zakłady anatomji i histologji w Lyonie.

4. Sprawozdanie ze Zjazdu w Turynie dr. J. Zewjbauma. W referacie sprawozdawca omawia doskonałą organizację XX. Zjazdu Assotiation des Anatomistes, który odbył się w Turynie w dn. 6—8 kwietnia i na który stawiły się wszystkie narodowości Europy, oraz Ameryka i Japonja. Sprawozdawca w referacie swoim kładzie nacisk na wybitnie doświadczalny charakter obecnych badań anatomicznych i referuje ciekawe referaty wygłoszone na zjeździe. Sprawozdawca, jako delegat Tow. Anatomicznego, miał polecenie nawiązania bliższego kontaktu z Assotiation des Anatomistes, w tym celu prowadził rozmowy z przewodniczącym tego Towarzystwa prof. Nicolas'em, oraz sekretarzem dr. Augier'em. Propozycje te były przyjęte bardzo życzliwie przez Prezydjum Zjazdu oraz poruszona była sprawa urządzenia Zjazdu Assotiation des Anatomistes w Warszawie. Sprawozdawca omawia sprawę urządzenia tego Zjazdu w Warszawie, jako rzecz wysoce pożądaną.

W dyskusji oprócz sprawozdawców brał udział przewodniczący.

Uchwalono: 1) Aby większa liczba członków P. Tow. Anatomicznego Warsz. zapisała się na członków Assotiation des Anatomistes. 2) Na Zjeździe przyrodników i lekarzy rozszerzyć lokalne Tow. Anatomiczne Warsz. w ogólno-polskie. 3) Przyśpieszyć opracowanie Statutu. 4) Poczynić kroki, aby zjazd w 1928 r. „Assotiation des Anatomistes“ odbył się w Warszawie, zamiast w Pradze.

5. Komunikaty:

a) S. Trojanowski wygłosił komunikat na temat: **Zmienność korzonków nerwu przeponowego u człowieka.** Autor w celu ustalenia typowego pochodzenia nerwu przeponowego i jego odmian zbadał szczegółowo 100 nerwów przeponowych i ustalił 6. odmian, za najczęstszy i normalny uznał typ C_4 i C_5, czyli pochodzenie łączne od splotów szyjnego i barkowego, które u Polaków występuje w 59%. Pozatem otrzymał 2 typy, I. — nerwy o wyłącznem pochodzeniu ze splotu szyjnego, II. — z udziałem C_5 t. j. łącznie ze splotem barkowym. Przewaga występuje po stronie typów dwusplotowych. Dla wyjaśnienia znaczenia poszczególnych odmian pochodzenia nerwu przeponowego porównał zachowanie się tego nerwu u małpozwierzy i małp. Na zasadzie danych u Bolck'a i swoich obserwacyj przyszedł do wniosków następujących: Wejście korzonka od C_6 w skład nerwu przeponowego jest cechą prymitywną, natomiast posuwanie się początku nerwu wzwyż i pozyskanie korzonków od C_3 i C_2 jest cechą progresywną, spotykaną tylko u człowieka. Przyczem C_2 jest nietylko cechą progresywną ale i antropomorfną.

b) J. Ejsmond: **Przypadek samoistnego zrastania się larw rozgwiazdy Asterias glacialis, w związku z procesem zcałkowania się zrostka.**

Autor zakomunikował wyniki swych spostrzeżeń nad zrastaniem się zarodków i następującem potem zcałkowywaniem się zrostów — procesem, który można rozpatrywać jako odwrócenie wegetatywnego rozrodu przez podział lub pączkowanie.

Spostrzeżenia te, dokonane w 1912 r. na stacji biologicznej w Roskoff nad zarodkami rozgwiazdy **Asterias glacialis,** dają się streścić w następujący sposób: Zapłodnione jaja tych szkarłupni, o ile trzymać je w naczyniu z wodą morską w zbrylonych skupieniach, rozwijają się na ogół nienormalnie — wyjątek stanowią jedynie jaja w powierzchownych warstwach skupień. Między innemi występuje anomalja dezagregacji blastomerów podczas brózdkowania, przez co młode morule rozpadają się na mniejsze lub większe grupy blastomerów, a niekiedy oddzielają się od całości nawet pojedyncze blastomery. Jeżeli zabezpieczyć takie rozpadające się morule od ostatecznej zguby przez rozproszenie ich w wodzie, wówczas odłączone i odłączające się od organicznego zespołu grupy blastomerów rozwijają się samodzielnie i dają początek różnokalibrowym małym blastosferom, a na nich w stosownym momencie występuje proces gastrulacji. Tym sposobem z jaja, zamiast pojedyńczej postaci zarodka powstaje cały zespół mniej lub więcej licznych i samodzielnych zarodków. Wnet potem zaczynają się one zrastać ze sobą. Wskutek tego wytwarza się niekiedy dość skomplikowany zrostek z wieloma kieszeniami gastralnemi, które do czasu służą za wskaźniki odrębności odpowiednich części zrostka. Dalszy los, będących w mowie wielozaczątkowanych zrostów jest ten, że przybierają one kształt sferyczny. Jednocześnie zaś z ogólnej liczby kieszeni gastralnych rozwija się tylko jedna, a inne zanikają. Poczem wykształca się zcałkowana typowa postać larwy. Prócz powyższego zdarzyło się, iż dwa egzemplarze wielozaczątkowych lobarnych zrostów, które znajdowały się w stanie postępującego zcałkowywania, umieszczone przypadkowo w jednym naczyniu, zrosły się samorzutnie po upływie kilkunastu godzin. Przyczem początkowo były one połączone końcami zwróconych ku sobie brodaweczek. Co zaś się tyczy kieszeni gastralnych, to u jednego z osobników, pozostała z liczby trzech kieszeni, tylko jedna, u drugiego zaś dwie. W następstwie proces zrastania się wraz

z redukcją kieszeni gastralnych posunął się tak dalece, że otrzymał się obraz pojedynczego lekko przewężonego osobnika z pokaźnie rozwiniętym pojedynczym zawiązkiem kanału pokarmowego. Ostateczny rezultat po upływie 48 godz. od chwili, gdy po raz pierwszy dostrzeżono zrośnięcie się, wyraził się w zupełnem zcałkowaniu się zrostka w typową o kształcie gruszkowatym larwę z pojedynczym zawiązkiem kanału pokarmowego, który zdradzał tylko pewne nieprawidłowości w ukształtowaniu. Pozatem w ciele larwy można było zauważyć komórki mezenchymy.

Osobliwością otrzymanej w ten sposób postaci było, że: 1) przeżyła ona dwa następujące po sobie okresy zrastania się i zcałkowywania, 2) ogół związanych z tem zjawiskiem procesów miał charakter spontaniczny, 3) otrzymana w rezultacie postać larwy w porównaniu z larwą tegoż stadjum, rozwijającą się normalnie, okazała się spóźnioną w czasie przynajmniej o półtorej doby.

Co się tyczy strony przyczynowej, to, zdaniem autora, zrastanie się indywiduów, w związku z następującą potem integracją zrostka, można rozpatrywać jako rodzaj aneksji jednego osobnika przez drugi, wywołanej potrzebą zwiększenia materjalnego stanu posiadania.

W **dyskusji** zabierali głos: M. K o n o p a c k i, Z. Z a k o l s k a i P. S ł o n i m s k i.

Posiedzenie w dniu 22. czerwca 1925 r.

Przewodniczący M. K o n o p a c k i.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.
2. Prof. L o t h zaproponował, aby zarząd opracował sprawozdanie z dwuletniej działalności Tow. Anatomicznego, w celu zjednania wśród uczestników zjazdu nowych członków Tow. Anatomicznego.
3. Rozpatrywanie Statutu: a) Prezes przedstawił opracowany przez komisję regulaminową projekt Statutu Tow. Anatomicznego. Po dokonaniu niektórych poprawek Statut został przyjęty. b) Postanowiono wydrukować Statut i rozdać między członków sekcji anatomicznej do przejrzenia przed dyskusją ogólną.

Sekretarz: Z. Zakolska.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba Lekarska.

XLIV. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 7. kwietnia 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zawiadomieniem, że regulamin Sądu N. I. L. przesłany został do Prezydjum Rady Ministrów. Pismo to (L. 120/25) postanowiono przesłać Sądowi N. I. L. do wiadomości.

Sprawa pieczęci Izb Lekarskich już została ostatecznie załatwiona i zatwierdzona przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Wykonanie tej sprawy wziął na siebie Przewodniczący N. I. L.

Od Naczelnika Izby Krakowskiej otrzymano pismo w sprawie wstrzymania przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia rozpraw Sądowych przeciwko 2-m lekarzom wojskowym i jednemu urzędowemu za niestosowanie się do zarządzeń Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Izba Lekarska Krakowska uważa postępowanie w tej sprawie urzędu nadzorczego za nieusprawiedliwione, i zapytuje Izbę Naczelną o zdanie w tej sprawie. Izba Krakowska zamierza wnieść w tej sprawie skargę do Trybunału Administracyjnego.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Krakowskiej, że w wymienionej sprawie projektowana jest konferencja Przedstawicieli Izby Naczelnej z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i z udziałem przedstawicieli Izby Krakowskiej. Zarząd N. I. L. ma nadzieję doprowadzić tę sprawę do pomyślnego wyniku, co bynajmniej nie oznacza, ażeby Zarząd N. I. L. miał krępować Izbę Krakowską w jej poczynaniach.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zapytaniem, który z dwóch sposobów zawiadamiania Izb Lekarskich o zmianach adresów i składu osobistego lekarzy, przedstawionych przez wojewódzkie urzędy zdrowia — warszawski i lubelski, — Izba Naczelna uznaje za odpowiedniejszy.

Postanowiono zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, że Naczelna Izba Lekarska jest za zawiadamianiem miesięcznem o zmianach personalnych, przedstawionem przez warszawski wojewódzki Urząd Zdrowia.

Od Towarzystwa Lekarzy Polskich na Śląsku otrzymano odpis rezolucji tego Towarzystwa w sprawie rozciągnięcia ustawy o Izbach Lekarskich i ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej na Województwo Śląskie.

Postanowiono wysłać odpowiedź, że w sprawie tej Przewodniczący dwukrotnie konferował z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i że projekt rozciągnięcia wymienionych ustaw na Województwo Śląskie został wniesiony do Izb Ustawodawczych.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z motywami w sprawie wstrzymania rozpraw sądowych w Sądzie Izby Krakowskiej. Odpis tego pisma postanowiono przesłać Izbie Krakowskiej.

Wskutek wyjazdu Przewodniczącego i Sekretarza N. I. L. na Zjazd do Paryża podczas ich nieobecności obowiązki Przewodniczącego podjął się pełnić dr. Śmiechowski, a Sekretarza dr. Guranowski.

XLV. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 27. kwietnia 1925 r.

Obecni: Bogucki, Guranowski, Śmiechowski.

Otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia sprawozdanie z działalności Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia za rok 1923.

Stosownie do życzenia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wysłano po jednym egzemplarzu do poszczególnych Izb Lekarskich.

Otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo, w którem przypomina się Izbom o obowiązku ścisłego stosowania się do przepisów obowiązujących Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Postanowiono odpisy tego pisma przesłać wszystkim Izbom.

XLVI. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 18. maja 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Po odczytaniu i przyjęciu 2-ch ostatnich protokołów Przewodniczący dr. Bączkiewicz zdał sprawozdanie z 2-go Kongresu Francusko-Polskiego w Paryżu. Dr. Bączkiewicz reprezentował na Kongresie miedzy innymi także i Naczelną Izbę Lekarską i na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu miał odczyt „o organizacji stanu lekarskiego w Polsce".

Od Izby Lubelskiej otrzymano komunikat Nr. 1, mający charakter informacyjny co do stanu i zadań Izb lekarskich w Polsce. Komunikat ten przyjęto do wiadomości.

Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. przesłał odpis umowy cennikowej między lekarzami, a Łódzką Kasą chorych z dnia 4. marca 1924 r. Pismo to przyjęto do wiadomości.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie uchwały Izby Lwowskiej co do cennika poborów lekarskich, ogłoszonego przez Urząd Wojewódzki we Lwowie. Generalna Dyrekcja prosi o zwrócenie uwagi Izbie Lwowskiej na to, że uchwała ta jest sprzeczna z art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. Postanowiono odpis tego pisma przesłać Izbie Lwowskiej.

Od dr. Kowarskiego ze Słonima otrzymano pismo z zapytaniem, czy Izba Naczelna, ewent. z jej polecenia jedna z Izb sąsiednich, nie mogłaby się podjąć rozstrzygnięcia konfliktu między nim, a jednym z jego kolegów na tle etyki lekarskiej.

Postanowiono odpowiedzieć dr. Kowarskiemu, że działalność Izby Naczelnej nie rozciąga się na terytorjum Słonima, oraz że w wymienionej sprawie dr. Kowarski zwrócić się może do mającej powstać niebawem Izby Wileńskiej.

Dr. Śmiechowski zakomunikował obecnym, że wskutek pisma Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia brał udział, jako przedstawiciel Izby Naczelnej, w konferencji w Generalnej Dyrekcji w dniu 30. kwietnia r. b. w sprawie nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych.

Obecny na posiedzeniu dr. Sęczyc, który ma być referentem z ramienia Generalnej Dyrekcji, oświadczył, że występować będzie przeciwko wolnemu wyborowi lekarza w Kasach Chorych, oraz, że przemawiać będzie za ustaleniem górnej granicy dochodów dla członków Kas na 420 złotych miesięcznie. W posiedzeniu tem brał udział przedstawiciel Izby Warszawsko-Białostockiej dr. Sochacki i urzędnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dr. Kowalczewski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z prośbą o dostarczenie adresów specjalistów do leczenia chorób zawodowych i wypadków nieszczęśliwych przy pracy w przemyśle.

Ułożono listę wymienioną na podstawie zebranych wiadomości i postanowiono listę tę przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymano od Prezydjum Sądu N. I. L. wyjaśnienia na zapytanie Izby Warszawsko-Białostockiej co do wysokości wkładów pieniężnych przy podaniach odwoławczych do Sądu N. I. L. i co do wysokości obliczenia kosztów podróży świadków i rzeczoznawców przed rozpatrzeniem sprawy w Izbie Naczelnej. Odpis tej odpowiedzi postanowiono przesłać Izbie Warszawsko-Białostockiej.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano projekt nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich odnośnie do Sądu N. I. L. Projekt ten załączono do referatu nowelizacji wymienionej Ustawy.

W sprawie zorganizowania biura pośrednictwa pracy wyłoniono komisję pod przewodnictwem dr. Guranowskiego z udziałem: dr. Garlickiej, dr. Mutermilcha i dr. Szczodrowskiej.

Uwagi co do regulaminu Sądu Izby Lwowskiej, przedstawione przez dr. Śmiechowskiego, przyjęto i postanowiono przesłać Izbie Lwowskiej z powiadomieniem, że po przyjęciu wymienionych uwag regulamin Sądu Izby Lwowskiej zostaje zatwierdzony.

Na wniosek Przewodniczącego postanowiono wystosować do Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia pismo w sprawie projektów Ustaw: aptekarskiej, dentystycznej i szpitalnej oraz projektu nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych.

Postanowiono również na wniosek Przewodniczącego wystosować do Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia pismo w sprawie organizowania uczelni dla pielęgniarzy i pielęgniarek.

Postanowiono wystosować do wszystkich Izb Okólnik Nr. 4. z prośbą o przedstawienie projektów nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich.

XLVII. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 9. czerwca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Guranowski.

Otrzymano pierwszy numer powstałego świeżo czasopisma „Lekarz Polski" o charakterze informacyjnym i naukowym. Postanowiono organ ten zaprenumerować dla Naczelnej Izby Lekarskiej i upoważniono Skarbnika do wniesienia opłaty za prenumeratę w sumie 5 złotych.

Otrzymano od Izby Lubelskiej pismo z prośbą o zatwierdzenie zmiany paragrafów 31 i 44 regulaminu Izby Lubelskiej. Co do § 31 to chodzi o to, ażeby liczbę członków Zarządu tej Izby powiększyć do 9, z których 5—7 byliby obowiązkowo mieszkańcami m. Lublina; w § 44 chodzi o powiększenie składu Sądu Izby Lubelskiej do 24 członków i odpowiedniej liczby zastępców zamiast dotychchczasowego składu w liczbie 20. Motywami do zmiany wymienionych paragrafów Ustawy jest z jednej strony powiększenie zakresu obowiązków członków Zarządu (Zarząd Izby jest zarazem Zarządem Kasy Pomocy Koleżeńskiej), a z drugiej strony potrzeba utworzenia jeszcze jednego kompletu sędziów.

Postanowiono prośbę Izby Lubelskiej uwzględnić, proponowane zmiany zatwierdzić i zawiadomić o tem Izbę Lubelską i Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie sprawozdania Izby Krakowskiej odnośnie do taryfowania honorarjów, którego to taryfowania Izba nie uważa za rzecz pożyteczną. Generalna Dyrekcja prosi o zwrócenie Izbom uwagi na to, że art. 21 Ustawy o Izbach obowiązuje i musi być przez Izby szanowany. Odpis tego pisma postanowiono przesłać Izbom lekarskim.

Od Prezesa Sądu N. I. L. otrzymano pismo w sprawie nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich z dołączeniem dwóch nowych artykułów do Ustawy. Dyskusję w tej sprawie postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

XLIII. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 23. marca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie pociągnięcia do Sądu Izby Krakowskiej 2-ch lekarzy wojskowych i jednego lekarza urzędowego za niestosowanie się do zarządzeń Związku Lekarzy Państwa Polskiego w sprawie udzielania pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym. Generalna Dyrekcja zaprotestowała przeciwko pociągnięciu do odpowiedzialności sądowej wymienionych lekarzy i zażądała od Izby Krakowskiej odroczenia w tej sprawie rozpraw sądowych.

Na skutek tego pisma Przewodniczący wystosował do Izby Krakowskiej pismo z prośbą o nadesłanie dokumentów w tej sprawie. Do czasu otrzymania tych dokumentów postanowiono wstrzymać się z decyzją ostateczną.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z prośbą o doniesienie, czy uchwała Izby Naczelnej z dnia 25. stycznia 1925 r. w sprawie „pojęcia praktyki lekarskiej" zmienia poprzednią uchwałę z dnia 27. stycznia 1924 r.

Postanowiono odpowiedzieć, że tak jest istotnie, i, że na ostatniem posiedzeniu Izby Naczelnej zapadła uchwała co do pojęcia praktyki lekarskiej, zmieniająca uchwałę z dnia 27. stycznia 1924 r.

Od Sądu N. I. L. otrzymano pismo w sprawie dr. Witkowskiego. Na podstawie tego pisma oraz po dokładnem rozpatrzeniu całej sprawy Zarząd N. I. L. postanowił wystosować pismo do lekarza naczelnego — Kasy Chorych w Warszawie dr. Grodeckiego, że odpowiedź na pytania skierowane do Zarządu N. I. L. znajdzie dr. Grodecki w motywach wyroku Izby Warszawsko-Białostockiej w sprawie dr. Witkowskiego.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z prośbą o przesłanie Sądowi urzędowych odpisów postanowień N. I. L., dotyczących Sądu N. I. L., jakie zapadły w dniu 25. stycznia 1925 r. Postanowiono wymienione odpisy przesłać Sądowi N. I. L.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo, zawierające przepisy etyczne, jako przyczynek do kodeksu lekarskiego (L. 107/25). Pismo to skierowano do Sądu N. I. L.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano uwagi co do projektu nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich. Uwagi te przyjęto do wiadomości celem zużytkowania przy układaniu projektu nowelizacji.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano odpis pisma do wszystkich wojewodów, ażeby urzędy wojewódzkie otrzymane przez siebie zawiadomienia o zmianie adresów poszczególnych lekarzy komunikowały właściwym izbom. Odpis ten przyjęto do wiadomości.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano uwagi w sprawie wyroku Sądu Izby Krakowskiej (sprawa dr. Brokmana z Buska). Uwagi te dotyczą wyrażeń, użytych w wyroku, — „Trybunał Dyscyplinarny" i „Trybunał", które to wyrażenia nie są przewidziane w Ustawie o Izbach Lekarskich. Postanowiono odpis tego pisma przesłać Izbie Krakowskiej.

Rozpatrzono sprawę zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem w Poznaniu i postanowiono w sprawie tej wystosować pismo do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Ministerstwa Wyznań i Oświecenia z prośbą o zwrócenie uwagi Uniwersytetowi w Poznaniu na istniejące i obowiązujące przepisy w Ustawie o Izbach Lekarskich.

Rozpatrywano sprawę zorganizowania biura Pośrednictwa Pracy i uproszono dr. Guranowskiego do zapoczątkowania tej sprawy.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego. Obwód Łucki.

Niniejszem zawiadamiamy Ogół Kolegów, że pomimo ostrzeżenia umieszczonego w pismach lekarskich o nieobejmowaniu posad w Powiatowej Kasie Chorych w Łucku bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Obwodu Łuckiego, znalazły się pojedyncze jednostki, które posady w Powiatowej Kasie Chorych objęły.

Na wezwanie Związku, skierowane do nich, by zrzekli się tych posad, jako pozostających pod bojkotem, odpowiedzieli odmownie.

Wobec tego piętnujemy postępowanie niekoleżeńskie tych lekarzy i podajemy ich nazwiska do wiadomości Ogółu Kolegów.

Nazwiska tych lekarzy są:
Dr. Antoni Hryniewiecki,
Dr. Oskar Segał,
Dr. Hersz Szatc,
Dr. Mikołai Gierszun.

Dr. W. Lipiński, sekretarz. *Dr. Miłaszewski*, przew.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Celem zwalczania zachorowań na kurzą ślepotę w wojsku wydane zostało polecenie unikania ćwiczeń w terenach o zbyt olśniewającem oświetleniu (n.p. równiny piaszczyste lub śnieżne w słońcu). W tych formacjach, w których stwierdzono przypadki kurzej ślepoty, mają otrzymywać szeregowi porcję świeżego masła, chorzy zaś rację tranu rybiego.

x Warszawski Oddział Polskiego Związku zdrojowisk uzdrowisk i kąpielisk morskich (Marszałkowska 130) wydał odezwę, nawołującą do popierania zdrojowisk i uzdrowisk krajowych w imię dążności do gospodarczego wzmocnienia i podniesienia naszego kraju. Odezwa stwierdza, iż z wyjątkiem wód arszenikowych oraz naturalnie ogrzanych szczaw alkaliczno-słono-glauberskich posiadamy w Polsce wszystkie inne rodzaje wód leczniczych, djetetycznych i stołowych. Poczynania Warszawskiego oddziału Polskiego Związku zdrojowisk mogą liczyć na poparcie ogółu uświadomionych narodowo lekarzy polskich

Poznań.

Pożyteczna akcja. Wysoki poziom uświadomienia społecznego w Wielkopolsce wywołuje tam prace w dziedzinach, w innych prowincjach Polski bardzo zaniedbanych lub zgoła nieistniejących. Do nich należy badanie stanu zdrowotnego dziatwy szkolnej po wsiach i miasteczkach. W Wielkopolsce podjęto to badanie w szeregu powiatów i wyniki są nader interesujące.

Dla przykładu przytoczymy stan, stwierdzony w pow. szamotulskim. Z ogólnej liczby 7.610 dzieci szkolnych, przedstawiono do badania lekarskiego 7.009 dzieci, z których uznano za zdrowe dzieci 5.865. Z pozostałych: 47 było zawszonych (jaki musi ich być odsetek w powiatach Polski wschodniej, jeżeli w najkulturalniejszej części Rzeczypospolitej nie udało się jeszcze całkowicie wyplenić zawszenia!), 237 cierpiało na choroby skórne, 407 na choroby oczne, 36 na zołzy, 39 na choroby płuc i kanałów oddechowych, 47 na choroby zębów, 8 na ciężką anemję i aż 249 na cierpienie serca i ogólne osłabienie. Dzieci ułomnych stwierdzono 22, głuchoniemych 2, umysłowo upośledzonych 24. Byłoby ze wszechmiar pożądane, by podobną akcję zorganizowano na całym obszarze Rzeczypospolitej i podjęto, jak się to dzieje w Wielkopolsce, systematyczną pracę leczniczą na jej podstawie.

Następny Zjazd ginekologów polskich odbędzie się w Poznaniu nie w roku 1926, jak pierwotnie zamierzano, lecz w roku 1927 przed Wielkanocą. Bliższe szczegóły podane zostaną później. *Prof. Kowalski*, prezes Polsk. Tow. ginek. *Dr. Suwalski*, sekretarz Polsk. Tow. ginek.

Z kraju.

Walka z jaglicą. Wobec szerzenia się jaglicy na Polesiu, wojewoda poleski p. Młodzianowski zwrócił się do Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom z propozycją zorganizowania specjalnego zakładu dla leczenia dzieci jaglicznych tego Województwa. Nawiązano już pertraktacje w celu zrealizowania tego projektu i rozpoczęto od dokładnego zbadania dzieci w zakładach zamkniętych. W tym celu Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom deleguje na Polesie p. dr. Rusiecką, kierowniczkę Zakładu jagliczego w Warszawie.

Ze świata.

I. Kongres Czesko-słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego. W dniach 27 go i 28-go września 1925 roku odbędzie się I. Kongres »Czesko-słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego« w Bratisławie (Pressburg). Komitet organizacyjny zaprasza Kolegów polskich do wzięcia udziału w Kongresie.

Międzynarodowe kursa dla lekarzy odbędą się w Berlinie w październiku b. r. wiadomości bliższych udziela Geschäftsstelle Kaiser-Friedrich-Haus für das Ärztliche Fortbildungswesen. Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2-4.

Zmarli.

Dr. Teodor Heryng, profesor honorowy Uniw. warszawskiego, zasłużony laryngolog.

L: Pr. 20092/1925 r.

KONKURS.

Urząd Wojewódzki we Lwowie rozpisuje konkurs na jedną posadę prowizorycznego lekarza powiatowego w VIII st. sł oraz jedną posadę praktykanta sanitarnego w X st sł.

Podania o nadanie powyższych posad, należycie udokumentowane, a w szczególności zaopatrzone w:

1. metrykę urodzenia
2. dowód obywatelstwa polskiego,
3. dyplom doktora wszech nauk lekarskich,
4. dowód uregulowania stosunku do służby wojskowej,
5. opis przebiegu życia (życiorys),

wnosić należy do 31. października 1925 r. do urzędu Wojewódzkiego we Lwowie.

Kompetenci, pozostający obecnie w służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Podania osób, które przekroczyły 40 ty rok życia nie będą uwzględnione.

Wojewoda:
Dr. Garapich.

Przy Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego z dniem 1-go stycznia 1926 r. będzie wakowało stanowisko asystenta. Pobory według VIII st. służbowego i pokój kawalerski.

Zgłoszenia, wraz z curriculum vitae, należy przesyłać na ręce kierownika Zakładu Warszawa, Oczki 3.